Ideología y enfermedad mental

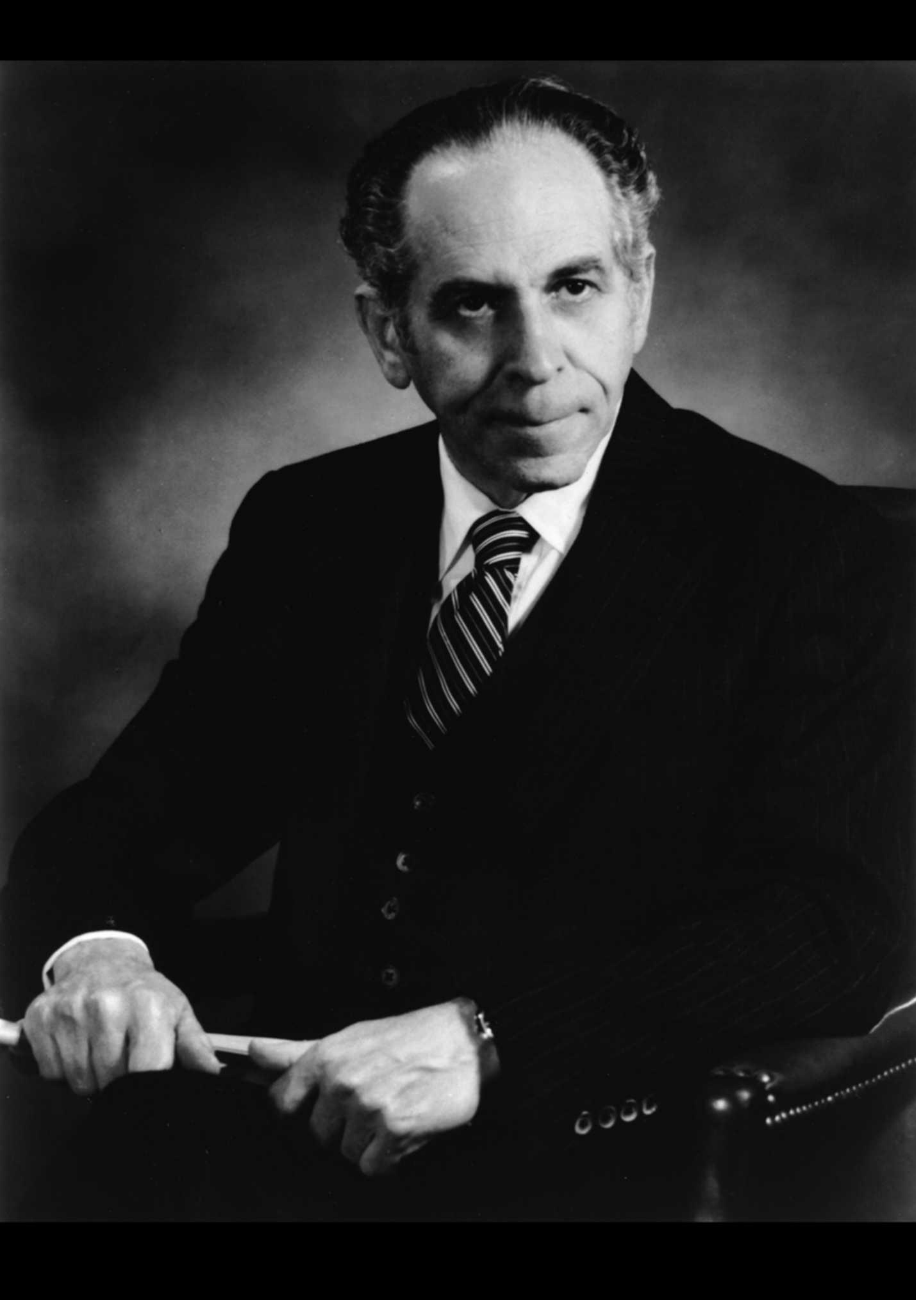
Thomas S. Szasz

Amorrortu editores
Buenos Aires

Director de la biblioteca de psicología, Jorge Colapinto
Ideology and insanity. Essays on the psychiatric dehumanization of man, Thomas S. Szasz

Traducción, Leandro Wolfson

Industria argentina. Made in Argentina.



Indice general

9 Prólogo
11 1. Introducción
22 2. El mito de la enfermedad mental
35 3. La ética de la salud mental
57 4. La retórica del rechazo
75 5. La salud mental como ideología
85 6. Qué puede hacer y qué no puede hacer la psiquiatría
94 7. El tráfico clandestino de valores humanistas a través de la psiquiatría
105 8. Alegato de insania y veredicto de insania
118 9. La internación involuntaria en hospitales neuropsiquiátricos: un crimen de lesa humanidad
141 10. Los servicios de salud mental en los establecimientos de enseñanza
166 11. La psiquiatría, el Estado y la universidad
187 12. La clasificación psiquiátrica como estrategia de coerción personal
213 13. ¿Adónde va la psiquiatría?

238 Notas
254 Bibliografía en castellano

Prólogo

Los ensayos que integran este libro, con una sola excepción, ya han sido publicados previamente. Ninguno de ellos se reproduce en forma textual, si bien en la mayoría de los casos los cambios introducidos son solo secundarios. Para dotar a la obra de continuidad y hacer más fácil su lectura, he eliminado en lo posible las redundancias; y para lograr un estilo uniforme, he presentado las referencias en una forma más adecuada a esta edición. Dos de los trabajos escogidos, «La internación involuntaria en hospitales neuropsiquiátricos: un crimen de lesa humanidad» y «Los servicios de salud mental en los establecimientos de enseñanza», fueron publicados por primera vez en versiones muy resumidas, mientras que aquí aparecen en toda su extensión original; el titulado «La psiquiatría, el Estado y la universidad» era hasta ahora inédito.

Agradezco a los directores y editores en cuyos periódicos y libros vieron la luz estos ensayos por haberme abierto sus páginas en aquella primera oportunidad y por permitir ahora su reproducción; a mis colegas, los doctores Seth Many y Shirley Rubert, por sus inteligentes sugerencias relacionadas con la Introducción; a la señora Andrea Bottstein, de la casa editora Doubleday Anchor, por su ayuda en la selección y preparación de los ensayos para darles forma impresa, y a mi secretaria, la señora Margaret Bassett, por su habitual aplicación y empeño en lo atinente a todas y cada una de las fases de este trabajo.

Thomas S. Szasz
Syracuse, estado de Nueva York
1º de febrero de 1969

1. Introducción

I

Entre las muchas tonterías que dijo Rousseau, una de las más tontas y famosas es esta: «El hombre nace libre, y sin embargo, está encadenado por doquier». Esta sentencia presuntuosa impide percibir claramente la naturaleza de la libertad; porque si la libertad es la capacidad para poder elegir sin imposiciones, el hombre nace encadenado. Y el desafío que plantea la vida es la liberación.

La capacidad de una persona para poder elegir sin imposiciones depende de condiciones internas y externas a ella. Sus condiciones internas, vale decir, su carácter, personalidad o «mentalidad» —abarcando en ello sus aspiraciones y deseos así como sus aversiones y su autodisciplina— la impulsan hacia adelante y la llevan a abstenerse de diversas acciones. Sus condiciones externas, vale decir, su constitución biológica y su medio físico y social —abarcando en ello sus aptitudes corporales y el clima, cultura, leyes y tecnología de la sociedad en que vive— la estimulan a actuar de determinadas maneras y la inhiben de actuar de otras maneras. Estas condiciones conforman y definen los alcances y las características de las opciones que la persona tiene. En general, cuanto más control adquiere el hombre sobre sus condiciones internas y externas, más libre se vuelve: mientras que si no alcanza ese control permanece por siempre esclavizado, y si luego de haberlo alcanzado lo pierde, retorna a su condición de esclavo.

Hay, empero, una importante limitación a la libertad de un hombre, a saber: la libertad de los demás. Las condiciones externas que el hombre procura controlar incluyen a otras personas e instituciones sociales, entretejiendo una compleja red de interacciones e interdependencias mutuas. Con frecuencia, la única manera que tiene una persona de ampliar su gama de elecciones no impuestas es reducir la de sus semejantes. Esto es así aun cuando el hombre aspire sola-

mente al autocontrol y deje en paz a los demás: su autodisciplina tornará dificultoso para estos, si no imposible, controlarlo y dominarlo. Peor aún si aspira a controlar a sus semejantes, pues entonces la libertad *de él* entraña la esclavitud *de ellos*. Es a todas luces imposible ampliar al máximo para todos, ilimitadamente, las elecciones no impuestas. Así pues, la libertad individual ha sido siempre, y es probable que siga siendo, un premio difícil de obtener, el cual requiere un delicado equilibrio entre la autoafirmación suficiente para salvaguardar la autonomía personal, y el autocontrol suficiente para proteger la autonomía de los demás.

El hombre nace encadenado, víctima inocente e impotente de pasiones internas y controles externos que se adueñan de él y lo modelan. El desarrollo de la persona es, entonces, un proceso de liberación individual, en que el autocontrol y la autodirección suplantan a la anarquía interna y la limitación externa. De ahí que los requisitos de la libertad individual no sean únicamente la libertad respecto de un control político e interpersonal arbitrario, el dominio técnico de complicados objetos y la autoafirmación y confianza en uno mismo suficientes para el desarrollo y despliegue de la propia creatividad potencial, sino también algo más importante: la autodisciplina.

La interacción dialéctica de las tendencias o temas opuestos de la libertad y la esclavitud la liberación y la opresión, la competencia y la incompetencia, la responsabilidad y la licencia, el orden y el caos, tan esenciales para el crecimiento, vida y muerte del individuo, es trasformada por la psiquiatría y campos conexos en las tendencias o temas opuestos de la «madurez» y la «inmadurez», la «independencia» y la «dependencia», la «salud mental» y la «enfermedad mental», la «cordura» y la «locura». Pienso que todos estos términos psiquiátricos son inadecuados e insatisfactorios, pues desestiman o soslayan el carácter esencialmente *moral* y *político* del desarrollo humano y de la vida social. De este modo, el lenguaje de la psiquiatría priva de su índole ética y política a las relaciones humanas y a la conducta personal. En gran parte de mi obra he procurado subsanar esto devolviéndoles a la ética y a la política el lugar que les corresponde en las cuestiones referentes a la llamada salud mental y enfermedad mental. En suma, he tratado de restaurar la índole ética y política del lenguaje psiquiátrico.

Aunque los ensayos reunidos en este volumen fueron escritos a lo largo de casi diez años, todos ellos se ocupan de algún aspecto de un mismo problema: la relación entre la ideología y la insania, tal como se refleja en la teoría y la práctica psiquiátricas Creo que los resultados de esta indagación tienen una doble significación: definen los dilemas morales de los actuales profesionales de la salud mental,, y, a la vez, echan luz sobre el problema político fundamental de nuestra era, o, quizá, de la condición humana misma.
Mi enfoque de la psiquiatría como una empresa en esencia moral y política me llevó a reevaluar numerosas situaciones que, de acuerdo con esta perspectiva, parecían muy promisorias para alcanzar una nueva comprensión; por ejemplo, los temas de la educación, la ley, el control de la natalidad, la drogadicción, la actividad política, y, desde luego, la propia psiquiatría. En cada caso intenté mostrar que, por una parte, al buscar alivio para sus responsabilidades morales, el hombre mistifica y tecnifica los problemas que se le plantean en la vida; y, por otra parte, la demanda de «ayuda» así generada es satisfecha ahora mediante una tecnología de la conducta que se muestra muy dispuesta a liberar al hombre de sus cargas morales tratándolo como un enfermo. Esa necesidad humana y la respuesta técnico-profesional a ella conforman un ciclo autónomo que se asemeja a lo que los físicos nucleares denominan una reacción autogeneradora: una vez iniciado y después de alcanzar una etapa «crítica», el proceso se nutre a sí mismo, trasformando más y más problemas y situaciones humanos en «problemas» técnicos especializados que deben ser «resueltos» por los llamados profesionales de la salud mental.
Este proceso, que se inició en el siglo XVII y avanzó aprisa en el XVIII, llegó a su punto «crítico» —tornándose explosivo— en la segunda mitad del siglo XIX. Desde entonces, la psiquiatría (junto con sus dos disciplinas hermanas, el psicoanálisis y la psicología) ha reclamado para sí áreas cada vez más vastas de la conducta personal y de las relaciones sociales.

II

La conquista de la existencia humana, o del fenómeno de la vida, por parte de las profesiones relacionadas con la sa-

lud mental comenzó con la identificación y clasificación de las llamadas enfermedades mentales y culminó en nuestros días con la afirmación de que la vida toda es un «problema psiquiátrico» que la ciencia de la conducta debe «resolver». Según los voceros más prominentes de la psiquiatría, este proceso ya ha terminado. Por ejemplo, Howard P. Rome, consultor *senior* en psiquiatría de la Clínica Mayo y ex presidente de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, sostiene sin vacilar: «En la actualidad, la única cuenca apropiada para el caudal de la psiquiatría contemporánea es el mundo entero, y la psiquiatría no debe amedrentarse ante la magnitud de la tarea».[1]

Como todas las invasiones, la invasión por parte de la psiquiatría del paso del hombre por la vida comenzó en las fronteras de la existencia y luego se extendió gradualmente a su interior. Los primeros en sucumbir fueron los que hemos llegado a considerar los «casos obvios» o «graves» de «enfermedad mental» (o sea, la llamada histeria de conversión y las psicosis), que, aunque ahora se aceptan incuestionadamente como afecciones psiquiátricas, antes pertenecieron al dominio de la literatura, la mitología y la religión. Este copamiento psiquiátrico fue sostenido y alentado por la lógica, las imágenes y la retórica de la ciencia, en especial la medicina. Así, ¿quién podría oponerse a que la persona que actúa como si estuviera enferma aunque en realidad no lo está sea llamada «histérica», y se la declare en condiciones de recibir los servicios de los neuropsiquiatras? ¿No fue esto acaso simplemente un avance de la ciencia médica, similar a los progresos habidos en bacteriología o cirugía? Análogamente, ¿quién podría objetar que a otras «personas trastornadas» —como las que se refugian del reto que les plantea la vida real en sus propias creaciones dramáticas, o aquellas que, insatisfechas con su identidad real, asumen una falsa identidad— se las encamine hacia la psiquiatría bajo el rótulo de «esquizofrénicas» y «paranoides»?

Desde que comenzó el siglo XX, y sobre todo luego de las dos Guerras Mundiales, el ritmo de esta conquista psiquiátrica se aceleró mucho. Como resultado, hoy, particularmente en el rico mundo occidental, todas las dificultades y problemas de la vida se consideran afecciones psiquiátricas, y todas las personas (salvo la que hace el diagnóstico) están mentalmente enfermas. En verdad, no exagero al decir que la vida misma se concibe ahora como una enfermedad que comienza con la concepción y termina con la muerte, y que re-

quiere, en todas y cada una de las etapas del trayecto, la ayuda experta de los médicos, y en especial de los profesionales de la salud mental.

El lector inteligente tal vez perciba aquí un detalle sutilmente familiar. La moderna ideología psiquiátrica es una adaptación —para una era científica— de la ideología tradicional de la teología cristiana. En lugar de nacer pecador, el hombre nace enfermo. En lugar de ser la vida un valle de lágrimas, es un valle de enfermedades. Y así como en su trayectoria desde la cuna hasta la tumba el hombre era antes guiado por el sacerdote, ahora es guiado por el médico. En síntesis: mientras que en la Era de la Fe la ideología era cristiana, la tecnología era clerical y el experto era un sacerdote, en la Era de la Locura nos encontramos con que la ideología es médica, la tecnología es clínica y el experto es un psiquiatra.

Por cierto, esta medicinización y psiquiatrización —y, en general, esta tecnificación— de los asuntos personales, sociales y políticos es, como a menudo se ha destacado, una característica prevaleciente de la moderna era burocrática. Aquí he intentado captar en unas pocas oraciones (y con mayor extensión en los ensayos que componen este volumen) sólo un aspecto, aunque un aspecto importante, de esta moderna ideología científico-tecnológica, a saber, la ideología de la cordura y la insania, de la salud mental y la enfermedad mental.

Como ya sugerí antes, esta ideología no es más que una vieja trampa presentada con nuevos artilugios. Los poderosos siempre han conspirado contra sus súbditos procurando mantener su cautiverio; y para alcanzar sus fines se han basado siempre en la fuerza y el fraude. En verdad, cuanto más eficaz es la retórica justificatoria mediante la cual el opresor oculta y desfigura sus verdaderos objetivos y métodos —como ocurrió en el pasado con la justificación teológica de la tiranía y como ocurre en el presente con su justificación terapéutica—, tanto más logra el opresor, no solo someter a su víctima sino también despojarla de un lenguaje con el cual expresar su condición de víctima, convirtiéndola así en un cautivo privado de toda posibilidad de escape.

Esto es precisamente lo que ha conseguido la ideología de la insania en nuestros días. Ha conseguido privar a un gran número de personas —por momentos parecería que a casi todos— de un vocabulario propio en el cual encuadrar su

afligente situación sin rendir honores a una perspectiva psiquiátrica que menoscaba al hombre como persona y lo oprime como ciudadano.

III

Al igual que todas las demás ideologías, la ideología de la insania —trasmitida a través de la jerga cientificista de los «diagnósticos», «pronósticos» y «tratamientos» psiquiátricos, y materializada en el sistema burocrático de la psiquiatría institucional y sus campos de concentración denominados «hospitales neuropsiquiátricos»— encuentra su expresión característica en aquello a lo cual se opone: el compromiso con una imagen o definición oficialmente vedada de la «realidad». Los que llamamos «locos» han tomado posición, para bien o para mal, acerca de los problemas verdaderamente significativos de la vida cotidiana. Pueden estar acertados o equivocados, obrar con sensatez o con estupidez, ser santos o pecadores... pero al menos no son neutrales. El loco no murmura tímidamente que no sabe quién es, como quizá lo haría el «neurótico»; declara enfáticamente que es el Salvador o el descubridor de una nueva fórmula para lograr la paz mundial. De modo similar, la demente no acepta con resignación la insignificante identidad de una esclava doméstica, como lo haría su contrapartida «normal»: proclama con orgullo que es la Santa Virgen o la víctima de un vil complot tramado por su marido.
¿De qué manera enfrenta el psiquiatra al denominado «paciente» o a aquellos que han sido incriminados como enfermos mentales? ¿Cómo responde a sus reclamos y a los de aquellos que, por tener alguna relación con el paciente, se interesan por su estado? El psiquiatra se comporta ostensiblemente tal como se supone que debe comportarse el médico y científico que dice ser: permaneciendo «neutral» y «desapasionado» con respecto a las «enfermedades mentales» que él «diagnostica» y trata de «curar». ¿Pero qué sucede si estas «enfermedades» son en gran medida, como yo sostengo, conflictos humanos y sus productos? ¿Cómo puede un experto ayudar a su prójimo conflictuado permaneciendo fuera del conflicto? La respuesta es que no puede. Así, mientras actúan ostensiblemente como científicos neutrales, los psiquiatras toman en realidad partido por uno

de los bandos que intervienen en el conflicto y se oponen al otro. Por regla general, cuando el psiquiatra enfrenta conflictos sociales y éticos secundarios, como los que suelen presentarles los «pacientes neuróticos», apoya los intereses del paciente tal como este los define (y se opone a los intereses de aquellos con quienes el paciente está en conflicto); mientras que si enfrenta conflictos sociales y éticos de importancia, como los que suelen presentarles los «pacientes psicóticos», se opone a los intereses del paciente (y apoya los intereses de aquellos con quienes el paciente está en conflicto).

Sin embargo —y esto es lo que quisiera destacar aquí—, en ambos casos los psiquiatras suelen ocultar y mistificar su toma de partido tras un manto de neutralidad terapéutica, sin admitir jamás que son los aliados o adversarios del paciente. En vez de amigo o enemigo, el psiquiatra se presenta como médico y científico. En vez de definir su intervención como beneficiosa o dañina, liberadora u opresora para el «paciente», insiste en definirla como un «diagnóstico» y «tratamiento de la enfermedad mental». Sostengo que es precisamente en este punto donde se puede discernir el fracaso moral y la incompetencia técnica del psiquiatra contemporáneo.

Las citas que siguen, elegidas casi al azar entre las fuentes psiquiátricas contemporáneas, ilustran la amoralización y tecnificación deliberadas de los problemas éticos, con las cuales se justifica su «manejo» psiquiátrico.

«Puesto que, *desde un punto de vista científico*, el psiquiatra debe considerar que toda conducta (la delictiva y la que se atiene a la ley, la sana y la enferma) está determinada» —escribe Edward J. Sachar, profesor asociado de psiquiatría en el Colegio Superior de Medicina Albert Einstein, de la ciudad de Nueva York— «se encuentra con que la cuestión de la condena moral del individuo es improcedente. [...] De la misma manera en que las funciones del organismo enfermo y del sano responden a las leyes fisiológicas, la mente enferma y la mente sana funcionan de acuerdo con las leyes psicológicas. [...] El descubrimiento de la responsabilidad criminal de una persona significa para el psiquiatra que el criminal *debe* modificar su conducta antes de retomar su posición en la sociedad. Este precepto es dictado, *no por la moralidad*, sino, por así decir, *por la realidad*» [las bastardillas son nuestras].[2]

De modo similar, los experimentos llevados a cabo en la cárcel Clinton (Dannemora, estado de Nueva York) por Ernest G. Poser, profesor asociado de los departamentos de psicología y psiquiatría de la McGill University de Montreal, experimentos que contaron con el respaldo económico del «Comité sobre Trasgresores Criminales» del gobernador Rockefeller, se describen como promisorios para «... ayudarnos a alcanzar algún día el punto en que la decisión acerca de si una persona debe ser puesta entre rejas estará basada en las posibilidades de que vuelva a cometer un crimen, y *no en su culpabilidad o su inocencia*» [las bastardillas son nuestras].[3]

Karl Menninger, decano de los psiquiatras norteamericanos, ha predicado este evangelio durante más de cuarenta años. En su último libro, que se titula significativamente *The crime of punishment* [El crimen del castigo], escribe: «La palabra *justicia* irrita a los científicos. Ningún cirujano supone que habrán de interrogarlo acerca de la justicia o injusticia de una operación de cáncer. [...] Para los científicos de la conducta, es igualmente absurdo invocar la cuestión de la justicia para resolver qué se ha de hacer con una mujer que no puede resistir su tendencia a la cleptomanía, o con un hombre que no puede reprimir su impulso a agredir a cualquiera».[4]

En consecuencia, el crimen ya no es más un problema legal y moral, sino un problema medicinal y terapéutico. Esta trasformación de lo ético en lo técnico —del crimen en enfermedad, de la ley en medicina, de la penología en psiquiatría y del castigo en terapia— es, por lo demás, entusiastamente auspiciada por muchos médicos, científicos sociales y legos. Por ejemplo, en una reseña de *The crime of punishment* publicada en *The New York Times*, Roger Jellinek declara: «Como el doctor Menninger lo demuestra tan cáusticamente, los delincuentes son sin duda enfermos, no malvados».[5]

«Los delincuentes son sin duda enfermos...», dicen el «científico de la conducta» y sus acólitos. Los que castigan son delincuentes, añade Menninger. Se nos pide, pues, que concibamos los actos ilícitos de los delincuentes como síntomas de enfermedad mental, y los actos lícitos de quienes aplican la ley como delitos. En tal caso, los que castigan son también delincuentes, y por ende también «son enfermos, no malvados». Aquí encontramos al ideólogo de la insania en su actividad favorita: la fabricación de la locura.[6]

«Los delincuentes son sin duda enfermos...». ¡Reflexionemos en ello! Y recordemos que todo convicto por infringir la ley es, por definición, un delincuente: no solo el asesino a sueldo, sino también el médico que practica un aborto ilegal; no solo el que roba a mano armada, sino también el comerciante que trampea en su declaración de impuestos; no solo el que causa deliberadamente un incendio y el que hurta, sino también el jugador y el fabricante, el vendedor y a menudo el consumidor de drogas prohibidas (las bebidas alcohólicas en la época de la Ley Seca, la marihuana hoy). ¡Todos son delincuentes! No malvados, ni buenos por cierto: nada más y nada menos que mentalmente enfermos... Todos sin excepción. Pero, ¡recordémoslo!: siempre han de ser *ellos*, nunca *nosotros*.
En suma: mientras que el llamado loco es una persona que se caracteriza por *comprometerse*, el psiquiatra es una persona que se caracteriza por *no comprometerse*. Luego, reclamando para sí una falsa neutralidad respecto de los problemas que están en juego, *excluye* al loco y a sus molestos reclamos de la sociedad. (Curiosamente, el procedimiento por el cual se cumple esta exclusión es denominado también *commitment*.*)

IV

Como los psiquiatras evitan adoptar una posición franca y responsable ante los problemas que deben tratar, las principales y más difíciles cuestiones intelectuales y morales de la psiquiatría permanecen ignoradas y no se someten a examen. Estas cuestiones pueden enumerarse sucintamente en forma de una serie de preguntas que plantean las opciones fundamentales acerca de la índole, alcance, métodos y valores de la psiquiatría.

1. El campo de la psiquiatría, ¿abarca el estudio y tratamiento de casos clínicos o el estudio y modificación de actuaciones sociales? En otras palabras, el objeto de la indagación psiquiátrica, ¿son las enfermedades o los roles, acontecimientos y acciones?
2. La finalidad de la psiquiatría, ¿es el estudio de la conducta humana, o el control de la (in)conducta humana? En otras palabras, la meta a la que apunta la psiquiatría,

¿es el adelanto del conocimiento, o la regulación de la (in)-conducta?
3. El método de la psiquiatría, ¿consiste en el intercambio de comunicaciones, o en la administración de pruebas diagnósticas y de tratamientos curativos? En otras palabras, la práctica psiquiátrica, ¿consiste en escuchar y hablar, o en recetar drogas, operar cerebros y encarcelar a las personas tildadas de «mentalmente enfermas»?
4. Por último, el valor por el cual se orienta la psiquiatría, ¿es el individualismo o el colectivismo? En otras palabras, ¿aspira la psiquiatría a servir al individuo o a servir al Estado?

La psiquiatría contemporánea se caracteriza por eludir sistemáticamente todas estas preguntas. Casi cualquier artículo de revista o libro publicado por una autoridad psiquiátrica aceptada podría servir para ilustrarlo. Bastarán dos breves ejemplos.
En el artículo antes citado, Sachar rechaza en forma explícita la noción de que el psiquiatra es uno de los participantes en un conflicto. Sostiene: «¿En aras de quién trata el psiquiatra de modificar al delincuente? ¿En aras del delincuente o en aras de la sociedad? El psiquiatra afirmaría que lo hace en aras de ambos, así como el médico que enfrenta un caso de viruelas piensa de inmediato tanto en salvar al paciente como en proteger a la comunidad».[7]
En un ensayo destinado a defender la idea de que la «enfermedad mental» es realmente una enfermedad, Roy R. Grinker, director del Instituto de Investigación y Capacitación Psicosomática y Psiquiátrica del Hospital y Centro Médico Michael Reese, de Chicago, escribe: «En un modelo médico auténtico la psicoterapia solo es una parte. En términos de terapia, el campo total abarca [...] la elección del ambiente terapéutico, por ejemplo el hogar del paciente, la clínica o el hospital; la elección de terapia, por ejemplo las drogas, el *shock*, la psicoterapia...».[8] Aunque Grinker habla de «elección», guarda discreto y estratégico silencio acerca de todas las preguntas que enuncié antes. No nos dice *quién* elige el «ambiente terapéutico» o la «terapia» —el paciente, sus familiares, el psiquiatra, el juez, el legislador—, ni tampoco *qué ocurre* cuando el «paciente» resuelve no ser en absoluto un paciente, o cuando el psiquiatra aconseja internación y aquel se niega a ser internado.
Estas omisiones no son casuales. Por el contrario, ellas cons-

tituyen, como trataré de demostrar en los ensayos que siguen, la esencia misma de la psiquiatría «científica» actual. El mandato del psiquiatra contemporáneo —o sea, del que practica una psiquiatría «dinámica» o «progresista» y es leal a su profesión— reside precisamente en diluir (en negar, en verdad) los dilemas éticos de la vida y trasformarlos en problemas medicinizados y tecnificados, susceptibles de recibir soluciones «profesionales».

En suma, trataré de probar que los postulados y prácticas de la psiquiatría moderna deshumanizan al hombre negando —sobre la base de un falso razonamiento científico— la existencia, y aun la posibilidad, de la responsabilidad personal. Ahora bien: el concepto de responsabilidad personal es fundamental respecto del concepto del hombre como agente moral. Sin aquel, la libertad individual, el valor más apreciado por el hombre de Occidente, se convierte en una «negación de la realidad», en un verdadero «delirio psicótico» que atribuye al hombre una grandeza que en verdad no posee. Resulta claro, entonces, que la psiquiatría no es simplemente un «arte de curar» —la frase tras la cual, con falsa modestia, muchos de sus actuales practicantes gustan de ocultar su verdadero proceder— sino una ideología y una tecnología para la reestructuración radical del ser humano.

2. El mito de la enfermedad mental*

I

En el meollo de casi todas las teorías y prácticas psiquiátricas contemporáneas está el concepto de enfermedad mental, Un examen crítico de este concepto es, pues, indispensable para entender las ideas, instituciones y procedimientos psiquiátricos.

Mi objetivo en el presente ensayo es preguntar si existe eso que se denomina enfermedad mental, y sugerir que no existe. Por supuesto, la enfermedad mental no es una cosa u objeto material, y por ende solo puede existir en la misma forma en que lo hacen otros conceptos teóricos. Sin embargo, es probable que las teorías muy difundidas se presenten tarde o temprano, a los ojos de quienes creen en ellas, como «verdades objetivas» o «hechos». En determinados períodos históricos, conceptos explicativos tales como las deidades, las brujas y los instintos parecían ser no solo teorías sino *causas evidentes por sí mismas* de un vasto número de fenómenos. En la actualidad, la enfermedad mental es concebida en buena medida de manera análoga, vale decir, como la causa de una cantidad innumerable de acontecimientos diversos.

A manera de antídoto contra el uso complaciente de la noción de enfermedad mental —como fenómeno, teoría o causa evidente por sí misma—, preguntémonos: ¿qué se quiere decir cuando se afirma que alguien padece una enfermedad mental? En este ensayo procuraré describir los usos principales del concepto de enfermedad mental, y sostendré que esta noción ha perdurado más allá de toda la utilidad que pueda haber prestado para el conocimiento, y que ahora funciona como un mito.

II

La noción de enfermedad mental deriva su principal fundamento de fenómenos como la sífilis cerebral o estados delirantes —intoxicaciones, por ejemplo— en que las personas pueden manifestar determinados trastornos de pensamiento y de conducta. Hablando con precisión, sin embargo, estas son enfermedades del cerebro, no de la mente. Según cierta escuela, *todas* las llamadas enfermedades mentales son de este tipo. Se supone que en última instancia se hallará algún defecto neurológico, quizá muy sutil, que explique todos los trastornos de pensamiento y de conducta. Son muchos los médicos, psiquiatras y otros científicos contemporáneos que tienen esta concepción, la cual implica que los trastornos de la gente no pueden ser causados por sus necesidades personales, opiniones, aspiraciones sociales, valores, etc., de índole conflictiva. Tales dificultades —a las que podríamos denominar simplemente, creo yo, *problemas de la vida*— se atribuyen entonces a procesos fisicoquímicos que la investigación médica descubrirá a su debido tiempo (y sin duda corregirá).

Así, las enfermedades mentales se consideran básicamente similares a otras enfermedades. La única diferencia, según este punto de vista, entre una enfermedad mental y otra orgánica es que la primera, al afectar el cerebro, se manifiesta por medio de síntomas mentales, en tanto que la segunda, al afectar otros sistemas orgánicos —p. ej., la piel, el hígado, etc.— se manifiesta por medio de síntomas que pueden ser referidos a dichas partes del cuerpo.

A mi juicio, esta concepción se basa en dos errores fundamentales. En primer lugar, una enfermedad cerebral, análoga a una enfermedad de la piel o de los huesos, es un defecto neurológico, no un problema de la vida. Por ejemplo, es posible explicar un *defecto* en el campo visual de un individuo relacionándolo con ciertas lesiones en el sistema nervioso. En cambio, una *creencia* del individuo —ya se trate de su creencia en el cristianismo o en el comunismo, o de la idea de que sus órganos internos se están pudriendo y que su cuerpo ya está muerto— no puede explicarse por un defecto o enfermedad del sistema nervioso. La explicación de este tipo de fenómenos —suponiendo que a uno le interese la creencia en sí, y no vea en ella simplemente el síntoma o expresión de algo más interesante— debe buscarse por otras vías.

El segundo error es epistemológico. Consiste en interpretar las comunicaciones referentes a nosotros mismos y al mundo que nos rodea como síntomas de funcionamiento neurológico. No se trata aquí de un error de observación o de razonamiento, sino de organización y expresión del conocimiento. En el presente caso, el error radica en establecer un dualismo entre los síntomas físicos y mentales, dualismo que es un hábito lingüístico y no el resultado de observaciones empíricas. Veamos si es así.

En la práctica médica, cuando hablamos de trastornos orgánicos nos estamos refiriendo ya sea a signos (p. ej., la fiebre) o a síntomas (p. ej., el dolor). En cambio, cuando hablamos de síntomas psíquicos nos estamos refiriendo a comunicaciones del paciente acerca de sí mismo, de los demás y del mundo que lo rodea. El paciente puede asegurar que es Napoleón o que lo persiguen los comunistas; estas afirmaciones solo se considerarán síntomas psíquicos si el observador cree que el paciente *no* es Napoleón o que *no* lo persiguen los comunistas. Se torna así evidente que la proposición «*X* es un síntoma psíquico» implica formular un juicio que entraña una comparación tácita entre las ideas, conceptos o creencias del paciente y las del observador y la sociedad en la cual viven ambos. La noción de síntoma psíquico está, pues, indisolublemente ligada al contexto social, y particularmente al contexto ético, en que se la formula, así como la noción de síntoma orgánico está ligada a un contexto anatómico y genético.[9]

Resumiendo: para quienes consideran los síntomas psíquicos como signos de enfermedad cerebral, el concepto de enfermedad mental es innecesario y equívoco. Si lo que quieren decir es que las personas rotuladas «enfermos mentales» sufren alguna enfermedad cerebral, sería preferible, en bien de la claridad, que dijeran eso y nada más.

III

La expresión «enfermedad mental» también se utiliza ampliamente para describir algo muy distinto de una enfermedad cerebral. Muchas personas dan por sentado en la actualidad que la vida es dura y difícil, y, además, que si resulta penosa para el hombre moderno ello se debe no tanto a la lucha por la supervivencia biológica como a las tensio-

nes inherentes a la interacción social de complejas personalidades humanas. En este marco, la noción de enfermedad mental se emplea para caracterizar o describir cierto rasgo determinado de lo que se llama la personalidad del individuo. La enfermedad mental —como deformación de la personalidad, por así decir— es entonces considerada la causa de la falta de armonía entre los hombres. Implícita en esta concepción está la idea de que la interacción social es intrínsecamente armoniosa, y su perturbación solo obedece a la existencia de «enfermedad mental» en muchas personas. Este razonamiento es a todas luces erróneo, pues convierte a la abstracción «enfermedad mental» en la causa de ciertos tipos de conducta humana, aun cuando dicha abstracción se inventó originalmente como una mera manera abreviada de expresar tales tipos de conducta. Ahora es imprescindible que nos preguntemos: ¿qué clase de conductas se consideran indicativas de enfermedad mental, y quiénes las consideran así?

El concepto de enfermedad, ya sea orgánica o mental, implica el apartamiento respecto de una norma claramente definida. En el caso de la enfermedad orgánica, la norma es la integridad estructural y funcional del cuerpo humano. Así, aunque la conveniencia de estar físicamente sano es, como tal, un valor ético, es posible establecer en términos anatómicos y fisiológicos en qué consiste la salud. Pero, ¿respecto de qué norma se estima que la enfermedad mental constituye un apartamiento? No es fácil responder a esta pregunta, pero sea cual fuere dicha norma podemos estar seguros de esto: forzosamente debe estar expresada en función de conceptos psicosociales, éticos y jurídicos. Nociones como las de «represión excesiva» y «actuación de un impulso inconsciente» ejemplifican el uso de conceptos psicológicos para juzgar las llamadas salud y enfermedad mentales. La idea de que la hostilidad crónica, el espíritu de venganza o el divorcio son indicativas de enfermedad mental ilustra el uso de normas éticas (la conveniencia del amor al prójimo, la tolerancia benévola y la estabilidad conyugal). Por último, la difundida opinión psiquiátrica de que solo una persona mentalmente enferma puede cometer un homicidio ilustra el empleo de un concepto jurídico como norma de salud mental. En síntesis, cuando se habla de enfermedad mental, el apartamiento se mide respecto de un patrón *psicosocial y ético*. Pero, pese a ello, el remedio se busca en procedimientos *médicos* que, según se confía y su-

pone, no pueden presentar grandes diferencias en materia de valores éticos. Por consiguiente, la definición del trastorno está seriamente reñida con el modo en que se busca su solución. Sería difícil exagerar la importancia práctica de este conflicto encubierto entre la supuesta índole del defecto y el remedio real.

Una vez establecidas las normas que se utilizan para medir las desviaciones en el caso de las enfermedades mentales, preguntémonos ahora: ¿quién define las normas, y por ende el apartamiento de ellas? Pueden darse dos respuestas: Primero, puede ser la persona misma —o sea, el paciente— quien decide que se ha apartado de la norma; por ejemplo, un artista puede creer que se halla inhibido para trabajar, e instrumentar esta conclusión buscando la ayuda de un psicoterapeuta *por sí mismo*. Segundo, pueden ser otros quienes decidan que el «paciente» se ha apartado de la norma: sus familiares, o bien los médicos, las autoridades judiciales o la sociedad en general; en tales circunstancias, esas otras personas pueden contratar los servicios de un psiquiatra para *hacerle* algo al «paciente» con el fin de corregir su desviación.

Estas consideraciones subrayan la importancia de preguntar: ¿agente de quién es el psiquiatra?, y de dar a esta pregunta una respuesta sincera. El psiquiatra (o cualquier otro trabajador de la salud mental que no sea médico) puede ser agente del paciente, de sus familiares, de un establecimiento educativo, de las Fuerzas Armadas, de una empresa comercial, de un tribunal, etc. Cuando decimos que el psiquiatra es agente de tales personas u organizaciones no estamos implicando que sus valores morales o sus ideas y objetivos concernientes al procedimiento curativo apropiado deban coincidir punto por punto con los de su empleador. Por ejemplo, un paciente en psicoterapia individual tal vez crea que su salvación consiste en contraer un nuevo matrimonio; su psicoterapeuta no tiene por qué compartir necesariamente esta hipótesis, pero en su carácter de agente del paciente no debe recurrir a la fuerza social o legal para impedirle llevar esa creencia a la práctica. Si ha establecido el *contrato* con el paciente, el psiquiatra (o psicoterapeuta) puede discrepar con él o interrumpir el tratamiento, pero no hacer intervenir a otros con el fin de evitar que el paciente concrete sus aspiraciones.[10] Análogamente, si un psiquiatra es llamado por un tribunal para determinar la cordura de una persona que ha trasgredido la ley, no

necesita compartir plenamente los valores e intenciones de las autoridades judiciales respecto de esa persona, ni estar de acuerdo con los medios que se estiman apropiados para tratarla; sin embargo, el psiquiatra no puede declarar que son las autoridades las insanas, por sancionar la ley que establece la ilegalidad de los actos del acusado, y no este último.[11] Desde luego que puede expresar este tipo de opiniones, pero no en un tribunal, y no como psiquiatra que está allí para ayudar al tribunal a cumplir con su labor.

Recapitulemos: según el uso social contemporáneo, se caracteriza la enfermedad mental como una conducta que se aparta de ciertas normas psicosociales, éticas o jurídicas. Esta caracterización puede hacerla, como en el caso de la medicina general, el paciente, el médico (psiquiatra) u otros. Por último, la acción correctiva tiende a buscarse dentro de un marco terapéutico —o encubiertamente médico—. Esto crea la siguiente situación: se sostiene que las desviaciones psicosociales, éticas y jurídicas pueden corregirse mediante una acción médica. Dado que los procedimientos médicos están destinados a remediar únicamente problemas médicos, es lógicamente absurdo suponer que contribuirán a resolver problemas cuya existencia misma se ha definido y establecido sobre fundamentos no médicos.

IV

Todo lo que la gente *hace* —a diferencia de lo que *le ocurre*[12]— tiene lugar en un contexto de valores. De ahí que ninguna conducta humana esté desprovista de implicaciones morales. Cuando los valores que subyacen en ciertas actividades son ampliamente compartidos, todos los que se afanan por alcanzarlos a menudo los pierden de vista por completo. La medicina, tanto en su carácter de ciencia pura (p. ej., la investigación) como en su carácter de ciencia aplicada o tecnología (p. ej., la terapia), contiene muchas consideraciones y juicios éticos. Por desgracia, esto es con frecuencia negado, minimizado u oscurecido a causa de que el ideal de la profesión médica y de las personas a quienes sirve es contar con un sistema de atención médica ostensiblemente neutral en materia de valores. Esta idea sentimental se expresa en cosas tales como la buena disposición de un médico a tratar a cualquier paciente, sea cual fuere

su credo religioso o político. Pero estos postulados no hacen más que disimular el hecho de que las consideraciones éticas abarcan una amplia gama de asuntos humanos. Que la práctica médica sea neutral respecto de ciertas cuestiones específicas relacionadas con los valores morales (como la raza o el sexo) no significa necesariamente —en verdad, no significa nunca— que pueda serlo respecto de otras cuestiones (como el control de la natalidad o la regulación de las relaciones sexuales). Así, el control de la natalidad, el aborto, la homosexualidad, el suicidio y la eutanasia continúan planteando en la actualidad problemas de fondo a la ética médica.

La psiquiatría está mucho más íntimamente vinculada a los problemas éticos que la medicina general. Aquí empleo la palabra «psiquiatría» para aludir a la disciplina contemporánea que se ocupa de los problemas de la vida, y no para aludir a la que se ocupa de las enfermedades cerebrales, que es la neurología. Las dificultades en las relaciones humanas solo pueden ser analizadas, interpretadas y dotadas de un significado dentro de contextos sociales y éticos específicos. Consecuentemente, la orientación ético-social del psiquiatra influirá en sus ideas sobre lo que anda mal en el paciente, sobre lo que merece un comentario o interpretación, sobre la dirección conveniente en que debería darse el cambio, etc. Aun en la medicina propiamente dicha estos factores cumplen un papel, como lo ilustran las orientaciones divergentes de los médicos, según su credo religioso, respecto del control de la natalidad y del aborto terapéutico, por ejemplo. ¿Quién puede pensar realmente que las ideas de un psicoterapeuta sobre religión, política y otros temas conexos no desempeñan ningún papel en su labor práctica? Y si realmente importan, ¿qué debemos inferir de ello? ¿No sería razonable tal vez tener distintos tipos de terapia psiquiátrica —cada uno de ellos caracterizado por las posiciones éticas que adopta— para católicos y judíos, religiosos y ateos, demócratas y comunistas, defensores de la supremacía blanca y negros, etc.? En verdad, si observamos la forma en que se practica hoy la psiquiatría, sobre todo en Estados Unidos, nos encontraremos con que las intervenciones psiquiátricas que la gente busca y recibe dependen más de su status socioeconómico y de sus creencias morales que de las «enfermedades mentales» que aparentan padecer.[13] Esto no debería causar mayor sorpresa que el hecho de que los católicos militantes rara vez frecuenten

las clínicas para el control de la natalidad, o de que los devotos de la Ciencia Cristiana * casi nunca consultan a un psicoanalista.

V

La posición que acabamos de esbozar, según la cual los psicoterapeutas contemporáneos se ocupan de problemas de la vida, y no de enfermedades mentales y su curación, esta en agudo contraste con la que prevalece en nuestros días, según la cual el psiquiatra trata enfermedades mentales tan «reales» y «objetivas» como las enfermedades orgánicas. Sostengo que quienes esto afirman carecen de toda prueba para justificar su punto de vista, que es en verdad una especie de propaganda psiquiátrica: su finalidad es crear en la mente popular la confiada creencia en que la enfermedad mental es algún tipo de entidad nosológica, como una infección o un cáncer. Si ello fuera así, uno podría *contraer* o *ser alcanzado por* una enfermedad mental, *tenerla* o *acogerla en su interior*, tal vez *trasmitirla* a otros y finalmente *librarse de ella.* No solo no hay ni una pizca de pruebas que sustenten esta idea, sino que, por el contrario, todas las pruebas apuntan en el sentido opuesto: lo que la gente llama ahora enfermedades mentales son, en su mayoría, *comunicaciones* que expresan ideas inaceptables, con frecuencia en un lenguaje inusual.
No es este el lugar para examinar en detalle las similitudes y diferencias entre las enfermedades orgánicas y mentales; bastará destacar que mientras que la frase «enfermedad orgánica» se refiere a fenómenos fisicoquímicos que no se ven afectados por el hecho de que se los haga públicos, la frase «enfermedad mental» se refiere a acontecimientos sociopsicológicos que se ven afectados decisivamente por el hecho de que se los haga públicos. Así, el psiquiatra no puede mantenerse aparte de la persona que observa, mientras que el patólogo sí puede y a menudo lo hace. El psiquiatra debe formarse un cuadro de lo que él considera que es la realidad, y de lo que él piensa que la sociedad considera como tal, y observar y juzgar la conducta del paciente a la luz de estas creencias. La noción misma de «síntoma mental» o de «enfermedad mental» implica, entonces, una comparación disimulada, y con frecuencia un conflicto, entre

observador y observado, psiquiatra y paciente. Por más que este hecho sea obvio, es menester volver a hacer hincapié en él, si uno tiene, como yo ahora, la intención de contrarrestar la tendencia prevaleciente de negar los aspectos morales de la psiquiatría reemplazándolos por conceptos y procedimientos médicos sedicentemente neutrales en cuanto a los valores.

De modo que se practica ampliamente la psicoterapia como si esta no significara otra cosa que devolverle la salud mental a un paciente que la ha perdido. Aunque casi todos aceptan que la enfermedad mental tiene algo que ver con las relaciones sociales o interpersonales, se sostiene, paradójicamente, que en este proceso no se plantean problemas de valores —es decir, éticos—. El propio Freud llegó a decir: «Considero que la ética se da por sentada. En verdad, yo nunca hice nada innoble».[14] Es bastante sorprendente escuchar esto, sobre todo de alguien que había estudiado tan profundamente al hombre en cuanto ser social como Freud lo había hecho. Lo menciono aquí para mostrar que la noción de «enfermedad» —en el caso del psicoanálisis, la «psicopatología» o la «enfermedad mental»— fue empleada por Freud y muchos de sus seguidores como un medio de clasificar determinados tipos de conducta humana dentro de la esfera de la medicina, y consiguientemente, de dejarlos por decreto fuera de la ética. Sin embargo, sigue tenazmente en pie que, en cierto sentido, buena parte de la psicoterapia tiene como único eje la elucidación y elección de metas y valores (muchos de los cuales tal vez se contradigan entre sí) y de los medios por los cuales puede armonizárselos, materializárselos o abandonárselos de la mejor manera posible.

Como la gama de valores humanos y de los métodos por cuyo intermedio se los puede alcanzar es tan vasta, y como muchos de esos fines y medios son persistentemente ignorados, los conflictos entre los valores constituyen la fuente principal de conflictos en las relaciones humanas. En realidad, afirmar que las relaciones humanas, en todos sus niveles —desde la de madre e hijo, pasando por la de marido y mujer, hasta la de una nación con otra—, están cargadas de tensiones y discordias es, una vez más, explicitar lo obvio. Pero también lo obvio puede ser muy mal comprendido. Y tal es, a mi juicio, lo que ocurre en este caso. Tengo la impresión de que en nuestras teorías científicas de la conducta no hemos sabido aceptar el hecho simple de que

las relaciones humanas están intrínsecamente llenas de dificultades, y de que lograr aunque solo sea una relativa armonía en ellas exige mucha paciencia y trabajo. Sostengo que en la actualidad se ha echado mano de la idea de enfermedad mental para oscurecer ciertas dificultades que hoy tal vez sean inherentes —no quiero decir que sean inmodificables— al trato social entre las personas. Si esto es verdad, el concepto funcionaría como un disfraz: en vez de llamar la atención hacia necesidades, aspiraciones y valores humanos antagónicos, ofrece como explicación de los problemas de la vida una «cosa» amoral e impersonal: una «enfermedad». En este sentido cabe recordar que no mucho tiempo atrás se afirmaba que los demonios y las brujas eran los causantes de los problemas que tenía el hombre en su vida. La creencia en la enfermedad mental como algo diferente de los inconvenientes que tiene el hombre para llevarse bien con su semejante es la justa heredera de la creencia en los demonios y en las brujas. Así pues, la enfermedad mental existe o es «real» exactamente en el mismo sentido en que las brujas existían o eran «reales».

VI

Aunque sostengo que las enfermedades mentales no existen, es evidente que con esto no quiero implicar o significar que tampoco existen los fenómenos sociales o psicológicos a los que se les adhiere ese rótulo. Los problemas humanos contemporáneos, como las dificultades personales y sociales de la gente en la Edad Media, son bien reales. Lo que aquí me interesa son los rótulos que les damos, y, una vez que se los damos, qué hacemos al respecto. La concepción demonológica de los problemas del hombre en la vida dio origen a una terapia que seguía lineamientos teológicos. Hoy, la creencia en la enfermedad mental implica —más aún, requiere— una terapia que siga lineamientos médicos o psicoterapéuticos.

No me propongo ofrecer aquí una nueva concepción de «enfermedad psiquiátrica» o una nueva forma de «terapia». Mi objetivo es a la vez más modesto y más ambicioso. Consiste en sugerir que se dirija a los fenómenos que ahora llamamos enfermedades mentales una mirada renovada y simple, que se los remueva de la categoría de las enfermedades

y se vea en ellos expresiones de la lucha que debe librar el hombre con *el problema de cómo debería vivir.* Este problema es, sin duda, muy amplio, y su enormidad refleja no solo la incapacidad del hombre para enfrentar su medio, sino, en mayor medida aún, su creciente grado de reflexión sobre sí mismo.

Cuando hablo de problemas de la vida, entonces, me estoy refiriendo a esa explosiva reacción en cadena que comenzó cuando el hombre perdió la gracia divina al participar en el fruto del árbol del saber. La conciencia que el hombre tiene de sí mismo y del mundo que lo rodea parece aumentar en forma sostenida, trayendo como secuela una *carga de conocimiento* mayor aún.[15] Esta carga es previsible y no debe ser mal interpretada. Nuestra única manera racional de aliviarla es adquirir mayor conocimiento, y realizar acciones adecuadas basadas en él. La principal alternativa consiste en actuar como si la carga no fuera lo que en verdad advertimos que es, y en refugiarse en una anticuada concepción teológica del hombre, según la cual el hombre no modela su propia vida y gran parte del mundo circundante, sino que vive meramente su destino en un mundo creado por seres superiores. Esto puede llevar lógicamente a alegar, frente a problemas en apariencia insondables o dificultades insuperables, que uno no es responsable. Pero si el hombre no se hace cada vez más responsable, individual y colectivamente, de sus acciones, parece improbable que algún poder o ser superior asuma por él esa tarea y lleve su carga. Además, esta época de la historia humana parece muy poco propicia para tornar más oscura todavía la cuestión de la responsabilidad del hombre por sus acciones ocultándola tras el manto de una concepción de la enfermedad mental capaz de explicarlo todo.

VII

He intentado mostrar que la noción de enfermedad mental ha dejado de prestar utilidad tiempo atrás y ahora funciona como un mito. En tal carácter, es la auténtica heredera de los mitos religiosos en general, y de la creencia en las brujas en particular. La función de estos sistemas de creencia fue actuar como tranquilizantes sociales, alentando la esperanza de adquirir dominio sobre ciertos problemas me

diante operaciones mágico-simbólicas sustitutivas. El concepto de enfermedad mental sirve, pues, principalmente para ocultar el hecho diario de que la vida es, para la mayoría de la gente, una lucha continua, no por la supervivencia biológica, sino por «encontrar un lugar bajo el sol», por alcanzar la «paz del espíritu» o algún otro sentido o valor. Una vez que el hombre ha satisfecho la necesidad de conservación de su cuerpo, y quizá de su especie, se enfrenta al problema de la significación personal: ¿Qué hará de sí mismo? ¿Para qué vive? La adhesión permanente al mito de la enfermedad mental le permite a la gente evitar enfrentarse con este problema, en la certeza de que la salud mental, concebida como la ausencia de enfermedad mental, les asegura que harán automáticamente elecciones correctas y seguras en la vida. Ahora bien: ocurre exactamente al revés: ¡son las elecciones sensatas que una persona ha hecho en su vida lo que la gente considera, retrospectivamente, como prueba de su buena salud mental!

Cuando afirmo que la enfermedad mental es un mito, no estoy diciendo que no existan la infelicidad personal ni la conducta socialmente desviada; lo que digo es que las categorizamos como enfermedades por nuestra propia cuenta y riesgo.

La expresión «enfermedad mental» es una metáfora que equivocadamente hemos llegado a considerar un hecho real. Decimos que una persona está físicamente enferma cuando el funcionamiento de su organismo viola ciertas normas anatómicas y fisiológicas; análogamente, decimos que está mentalmente enferma cuando su conducta viola ciertas normas éticas, políticas y sociales. Esto explica por qué a tantas figuras históricas, desde Jesús hasta Castro y desde Job hasta Hitler, se les diagnosticó haber sufrido tal o cual enfermedad psiquiátrica.

Por último, el mito de la enfermedad mental fomenta nuestra creencia en su corolario lógico: que la interacción social sería armoniosa y gratificante y serviría de base firme para una buena vida si no fuera por la influencia disruptiva de la enfermedad mental, o de la psicopatología. Sin embargo, la felicidad humana universal, al menos en esta forma, no es sino una expresión más de deseos fantaseosos. Creo en la posibilidad de la felicidad o bienestar humanos, no solo para una selecta minoría, sino en una escala hasta ahora inimaginable; pero esto sólo se podrá lograr si muchos hombres, y no un puñado únicamente, son capaces de hacer frente

con franqueza a sus conflictos éticos, personales y sociales y están dispuestos a salirles valientemente al paso. Esto implica tener el coraje y la integridad necesarios para dejar de librar batallas en falsos frentes y de encontrar soluciones para problemas vicarios —p. ej., luchar contra la acidez estomacal y la fatiga crónica en vez de enfrentar un conflicto conyugal.

Nuestros adversarios no son demonios, brujas, el destino o la enfermedad mental. No tenemos ningún enemigo contra el cual combatir mediante la «cura» o al cual podamos exorcizar o disipar por esta vía. Lo que tenemos son problemas de la vida, ya sean biológicos, económicos, políticos o psicosociales. En este ensayo me limité a los de la última categoría, y dentro de este grupo principalmente a los que tienen que ver con los valores morales. El campo al cual se dirige la psiquiatría moderna es muy vasto, y no me esforcé por abarcarlo todo. Mi argumentación se ha restringido a proponer que la enfermedad mental es un mito cuya función consiste en disfrazar y volver más asimilable la amarga píldora de los conflictos morales en las relaciones humanas.

3. La ética de la salud mental*

I

Comencemos con algunas definiciones. De acuerdo con el *Webster's Third New International Dictionary* (edición completa), la ética es «la disciplina que se ocupa del bien y el mal, de lo correcto y lo incorrecto, o del deber y la obligación moral...»; es también «un conjunto de principios morales o valores...» y «los principios de conducta por los cuales se rigen un individuo o una profesión: normas de conducta...».

La ética es, pues, un asunto decididamente humano. Existen «principios de conducta» por los cuales se rigen individuos y grupos, pero no existen principios tales que rijan el comportamiento de los animales, las máquinas o las estrellas. En verdad, ello está implícito en la propia palabra «conducta»: solo las personas *se conducen*; los animales *actúan*, las máquinas *funcionan* y las estrellas *se mueven* en el universo.

¿Es entonces mucho decir que toda acción humana que constituye una conducta —en otras palabras, toda acción que sea producto de una elección, o de una elección potencial, y no simplemente de un reflejo— es, *ipso facto*, una conducta moral? En todas las conductas de esa índole las consideraciones sobre el bien y el mal, lo correcto y lo incorrecto, cumplen un papel. Lógicamente, su estudio corresponde a la ética. El estudioso de la ética es un científico de la conducta por antonomasia.

Si examinamos la definición de la psiquiatría y su práctica, empero, nos encontramos con que en muchos aspectos constituye una redefinición solapada de la naturaleza y alcances de la ética. Según el *Webster*, la psiquiatría es «una rama de la medicina que se ocupa de la ciencia y práctica del tratamiento de los trastornos mentales, emocionales o de conducta, especialmente los que se originan en causas endógenas o son el resultado de una falla en las relaciones interpersonales»; además, es «un tratado o texto sobre la teo-

ría de la etiología, reconocimiento, tratamiento o prevención de trastornos mentales, emocionales o de conducta, o sobre la aplicación de los principios psiquiátricos a cualquier actividad humana (psiquiatría social)»; en tercer lugar, es «el servicio psiquiátrico de un hospital general ("Este paciente debe derivarse a psiquiatría")».

El fin declarado de la psiquiatría es el estudio y tratamiento de los trastornos mentales, pero, ¿qué son los trastornos mentales? El paso decisivo para abrazar la ética de la salud mental reside en aceptar la existencia de una clase de fenómenos llamados «enfermedades mentales», en lugar de indagar las condiciones por las cuales algunas personas llaman «mentalmente enfermas» a otras.[16] Si tomamos al pie de la letra la definición que da el diccionario de esta disciplina, el estudio de una gran parte de la conducta humana queda sutilmente trasferido del campo de la ética al de la psiquiatría. Pues si bien el estudioso de la ética sólo se ocupa supuestamente de la conducta normal (moral), y el psiquiatra de la conducta anormal (emocionalmente trastornada), la distinción entre ambas se hace sobre bases éticas. En otros términos, afirmar que una persona está mentalmente enferma implica formular un juicio moral sobre ella. Además, debido a las consecuencias sociales de ese juicio, tanto el «paciente» cuanto quienes lo tratan como tal pasan a ser actores de un drama moral alegórico, aunque escrito en una jerga médico-psiquiátrica.

Una vez que hubo sacado la conducta mentalmente trastornada de la jurisdicción del ético para llevarla a la suya propia, el psiquiatra se vio forzado a justificar su nueva clasificación; y lo hizo redefiniendo el carácter o naturaleza de la conducta que estudia: mientras que el ético estudia la conducta moral, el psiquiatra estudia la conducta biológica o mecánica. En las palabras del *Webster*, la inquietud del psiquiatra se dirige a la conducta «que se origina en causas endógenas o son el resultado de una falla en las relaciones interpersonales». Aquí nuestra atención debe recaer en las palabras «causas» y «resultado»; con ellas, la transición de la ética a la fisiología, y de esta a la medicina y la psiquiatría, se completa sólidamente.

La ética solo cobra sentido en un contexto de individuos o grupos que se autogobiernan haciendo elecciones más o menos libres y no sometidas a coacción. De la conducta resultante de tales elecciones se dice que tiene motivos y significados, pero no causas. Esta es la bien conocida polaridad

entre el determinismo y el voluntarismo, la causalidad y el libre albedrío, la ciencia natural y la ciencia moral.
La definición de la psiquiatría que hemos dado no solo lleva a una redistribución de las materias que se enseñan en la universidad, sino que promueve también determinado punto de vista acerca de la naturaleza de ciertos tipos de conducta humana, y acerca del hombre en general.
Al atribuir «causas endógenas» a la conducta humana, se la está clasificando como un *acontecimiento* más que como una *acción voluntaria*. La diabetes es una enfermedad causada por una carencia endógena de las enzimas necesarias para metabolizar los carbohidratos. En este marco de referencia, la causa endógena de una depresión debe ser o un defecto metabólico (o sea, un fenómeno químico antecedente) o un defecto en las «relaciones interpersonales» (o sea, un hecho histórico antecedente). Las expectativas o sucesos futuros quedan excluidos como posibles «causas» de una depresión. ¿Es esto razonable? Tomemos el caso del millonario al que un traspié comercial lo lleva a la bancarrota. ¿Cómo explicaremos su «depresión» (si es que queremos rotular de ese modo su abatimiento)? ¿Considerándola el resultado de los sucesos mencionados, y tal vez de otros acontecidos en su infancia? ¿O como expresión de la imagen que tiene de sí mismo y de su poder en el mundo actual y futuro? Elegir lo primero es redefinir la conducta ética como enfermedad psiquiátrica.
Las artes curativas —especialmente la medicina, la religión y la psiquiatría— operan dentro de la sociedad, no fuera de ella. Son, en verdad, una parte importante de la sociedad. No sorprende, pues, que estas instituciones reflejen y promuevan los valores morales primordiales de la comunidad. Por lo demás, hoy como en el pasado, una u otra de ellas es utilizada para modelar la sociedad sustentando ciertos valores y oponiéndose a otros. ¿Qué papel desempeña la psiquiatría en la promoción de un sistema ético encubierto dentro de la sociedad norteamericana contemporánea? ¿Qué valores morales abraza e impone a la sociedad? Trataré de sugerir algunas respuestas pasando revista a la posición que ocupan determinadas obras representativas de la psiquiatría y explicitando la índole de la ética de la salud mental. Y procuraré demostrar que en el diálogo entre las dos principales ideologías de nuestro tiempo, el individualismo y el colectivismo, la ética de la salud mental queda francamente encuadrada del lado del colectivismo.

II

Los hombres anhelan la libertad y le temen. Karl Popper habla de «los enemigos de la sociedad abierta»,[17] y Erich Fromm, de quienes tienen «miedo a la libertad».[18] Deseosos de gozar de libertad y de autodeterminación, los hombres quieren conservar su individualidad, pero temerosos de la soledad y la responsabilidad también quieren unirse a sus congéneres como miembros de un grupo.

En teoría, el individualismo y el colectivismo son principios antagónicos: para el primero, los valores supremos son la autonomía y la libertad personales; para el segundo, la solidaridad con el grupo y la seguridad colectiva. En la práctica, el antagonismo es sólo parcial: el hombre necesita ambas cosas: estar a solas, como individuo solitario, y estar con sus semejantes como miembro de un grupo. Thoreau en Walden Pond y el empleado de una organización burocrática con su traje de franela gris son los dos extremos de un espectro: la mayoría de los hombres tratan de trazar para sí mismos un camino entre esos dos extremos. El individualismo y el colectivismo pueden describirse, entonces, como las dos orillas de un río de fuerte correntada, entre las cuales nosotros, en nuestra condición de seres morales, debemos navegar. El precavido, el tímido y quizás el «sensato» tomarán un curso intermedio; como el político práctico, buscarán acomodarse a la «realidad social» afirmando y negando tanto el individualismo como el colectivismo.

Aunque, en líneas generales, un sistema ético que valora el individualismo será hostil a otro que valora el colectivismo, y viceversa, puede observarse entre ambos una diferencia importante. En una sociedad individualista, a los hombres no se les impide por la fuerza formar asociaciones voluntarias, ni se los castiga si adoptan roles sumisos dentro de los grupos. En contraste, en una sociedad colectivista, a los hombres se los obliga a participar en ciertas organizaciones, y se los castiga por vivir en forma solitaria e independiente. La razón de esta diferencia es simple: como ética social, el individualismo procura reducir al mínimo la coacción y fomenta el desarrollo de una sociedad pluralista, mientras que el colectivismo considera la coacción como un medio necesario para alcanzar los fines deseados y promueve el desarrollo de una sociedad singularista.

La ética colectivista está ejemplificada en la Unión Soviética, en el caso de Iosif Brodsky, por ejemplo. Brodsky, un poeta

judío de 24 años, fue sometido a juicio en Leningrado por «llevar una forma parasitaria de vida». El origen de la acusación es «un concepto jurídico soviético sancionado en 1961, que autoriza el destierro de los habitantes urbanos que no cumplan un "trabajo socialmente útil"».[19]

Brodsky tuvo dos audiencias, la primera el 18 de febrero y la segunda el 13 de marzo de 1964. La trascripción del proceso salió clandestinamente de Rusia y su traducción fue publicada en *The New Leader*.[20] En la primera audiencia se acusó vagamente a Brodsky de ser un poeta y de no desarrollar un trabajo más «productivo». A su término, el juez ordenó que se le practicara un «examen psiquiátrico oficial, en cuyo trascurso se determinará si Brodsky sufre de algún tipo de enfermedad psicológica o no, y si esta enfermedad impide que sea enviado a un lugar distante para hacer trabajos forzados. Tomando en cuenta que, por la historia de su enfermedad, Brodsky evidentemente eludió la internación, se ordena que la división nº 18 de la Guardia Nacional tenga a su cargo traerlo para ser sometido al examen psiquiátrico oficial».[21]

Este punto de vista es característico de la ética colectivista. No difiere en nada, asimismo, del que prevalece en la psiquiatría institucional contemporánea de Estados Unidos. En ambos sistemas, una persona que no ha hecho daño a nadie pero a la que se considera «desviada» es definida como mentalmente enferma; se le ordena someterse a un examen psiquiátrico, y si se resiste, esto se considera un signo adicional de su anormalidad psíquica.[22]

A Brodsky se lo declaró culpable y fue enviado «a un lugar distante, para cumplir una condena de trabajos forzados durante cinco años».[23] Debe advertirse que su sentencia fue terapéutica, en la medida en que buscaba promover el «bienestar personal» de Brodsky, y a la vez penal, en la medida en que buscaba castigarlo por el daño que había infligido a la comunidad. También esta es la clásica tesis colectivista: lo que es bueno para la comunidad es bueno para el individuo. Como a este último se le niega toda existencia separada del grupo, es lógico que uno y otro sean equiparados.

Otro hombre de letras ruso, Valeriy Tarsis, que había publicado en Inglaterra un libro en que describía la difícil situación de los escritores e intelectuales bajo el régimen de Jruschov, fue recluido en un hospital neuropsiquiátrico de Moscú. Recordemos que con el poeta norteamericano Ezra Pound se produjo un hecho similar, puesto que fue reclui-

do en un hospital para enfermos mentales de la ciudad de Washington.[24] En su novela autobiográfica *Ward 7*, Valeriy Tarsis deja traslucir que la internación involuntaria en estos hospitales es una técnica muy difundida en la Unión Soviética para reprimir la desviación social.[25]

Parece claro que el enemigo del Estado soviético no es el empresario capitalista sino el trabajador solitario —no los Rockefellers, sino los Thoreaus—. En la religión del colectivismo, la herejía es el individualismo: el proscrito por excelencia es aquel que se rehúsa a ser un integrante del equipo.

Sostendré la tesis de que la psiquiatría norteamericana contemporánea, tal como la ejemplifica la llamada psiquiatría comunitaria, apunta principalmente a la creación de una sociedad colectivista, con todo lo que ello implica en materia de política económica, libertad personal y conformismo social.

III

Si por «psiquiatría comunitaria» entendemos los servicios de salud mental suministrados por la comunidad a través de fondos públicos —más bien que por el individuo o por grupos voluntarios a través de fondos privados—, entonces la psiquiatría comunitaria es tan antigua como la psiquiatría norteamericana misma. (También en la mayoría de los restantes países la psiquiatría comenzó siendo una empresa comunitaria y nunca dejó de funcionar de esa manera.)

Por original que sea la frase «psiquiatría comunitaria», muchos psiquiatras admiten sin ambages que no es más que un nuevo *slogan* en la incesante campaña que lleva a cabo la profesión para ganarse la simpatía del público. La cuarta reunión anual de la Asociación de Directores de Hospitales Neuropsiquiátricos tuvo como tema principal la psiquiatría comunitaria, «Qué es y qué no es».[26] «¿Qué es la psiquiatría comunitaria?», se preguntó el director de un establecimiento del Este del país; y respondió: «Este último verano asistí a dos congresos en Europa y todavía no sé qué se quiere decir con esta expresión [. . .] Cuando la gente habla sobre ello, rara vez queda en claro de qué se trata».[27] Para un psiquiatra de un estado del Medio Oeste, «La psiquiatría comunitaria [. . .] significa que colaboramos dentro del marco ofrecido por los establecimientos médicos y psiquiátricos existentes».[28] Este punto de vista fue avalado por un colega de

Este, quien sostuvo: «En Pennsylvania, los hospitales estaduales ya se hallan al servicio de las comunidades en que están emplazados. [...] Han estado desarrollando una psiquiatría comunitaria».[29] Tal es el ritmo del progreso en psiquiatría.

Lo que me pareció particularmente inquietante de este informe fue que, aunque muchos de los asistentes a la reunión estaban en la incertidumbre acerca de lo que es o puede ser la psiquiatría comunitaria, todos declararon su firme resolución de desempeñar en ella un papel de vanguardia. Dijo un psiquiatra del Medio Oeste: «Sea lo que fuere la psiquiatría comunitaria, sea lo que fuere aquello en lo que ha de convertirse, es mejor que tomemos parte en ella. Si no asumimos el liderazgo, seremos relegados. Ya deberíamos estar funcionando como hospitales neuropsiquiátricos comunitarios. Si nos quedamos sentados y sostenemos que no constituimos centros de salud mental comunitarios, muchas personas se creerán con derecho a decirnos qué debemos hacer».[30] A continuación el presidente de la Asociación solicitó a los miembros que «asumieran un rol de liderazgo». Sobre esto hubo acuerdo general. «Si no participamos y tomamos un papel dominante se nos relegará al último puesto»,[31] advirtió un psiquiatra de un hospital del Medio Oeste.

Si esto es la psiquiatría comunitaria, ¿qué tiene de nuevo? ¿Por qué se la alaba y recomienda como si se tratase de algún novedoso adelanto de la medicina, que promete revolucionar el «tratamiento» de los «enfermos mentales»? Responder a estas preguntas exigiría un estudio histórico del tema, que no intentaré aquí.[32] Baste notar cuáles son las fuerzas específicas que lanzaron la psiquiatría comunitaria como movimiento o disciplina separada. Estas fuerzas son de dos tipos: políticas y psiquiátricas.

La política social del moderno liberalismo intervencionista, lanzada en este país por Franklin D. Roosevelt, recibió un gran refuerzo durante la presidencia de John F. Kennedy. El mensaje dirigido al Congreso por el presidente Kennedy el 5 de febrero de 1963, con el título de «La enfermedad mental y el retardo mental», es fiel reflejo de este espíritu. Aunque la atención de los enfermos mentales internados ha estado tradicionalmente a cargo del «Estado providente», realizándose en las instalaciones de los diversos departamentos estaduales de higiene mental y de la Administración de Veteranos de Guerra, Kennedy abogaba por un programa aún más amplio, financiado mediante fondos públicos. Di-

jo: «Propongo un programa nacional de salud mental que contribuya a inaugurar un enfoque y un énfasis totalmente nuevos en la atención de los enfermos mentales. [. . .] El gobierno en todos sus niveles —nacional, estadual y local—, las fundaciones privadas y los ciudadanos individuales, todos deben hacer frente a sus responsabilidades en este ámbito».[33]
Gerald Caplan, cuyo libro fue llamado por Robert Felix «la Biblia [. . .] del trabajador de la salud mental comunitaria», aplaudió este mensaje, considerándolo «el primer pronunciamiento oficial sobre este tema que haya hecho el jefe de un gobierno, en este país o en cualquier otro».[34] A partir de entonces, añadió, «la prevención, tratamiento y rehabilitación de los mentalmente enfermos o atrasados han de considerarse una responsabilidad comunitaria, y no un problema privado que deba quedar a cargo de los individuos y sus familias en consulta con sus consejeros médicos».[35]
Sin definir con claridad qué es la psiquiatría comunitaria, qué puede hacer o qué hará, se la proclama buena simplemente por tratarse de un esfuerzo colectivo en el que están implicados la comunidad y el gobierno, y no un esfuerzo personal en el que estén implicados los individuos y sus asociaciones voluntarias. Se nos dice que la promoción de la «salud mental comunitaria» es un problema tan complicado que requiere la intervención del gobierno . . . pero también que el ciudadano individual es responsable de su éxito.
La psiquiatría comunitaria está apenas en proyecto; su naturaleza y sus realizaciones se reducen a frases altisonantes y a promesas utópicas. En verdad, tal vez lo único que esté claro al respecto sea su hostilidad hacia el psiquiatra que atiende al paciente individual en forma privada: se lo pinta como si practicara una actividad nefanda. Su rol tiene más de un punto de semejanza con el de Brodsky, el poeta-parásito de Leningrado. Michael Gorman, por ejemplo, cita con aprobación las siguientes reflexiones de Henry Brosin acerca del rol social del psiquiatra: «No hay duda de que el desafío al rol del psiquiatra nos acompaña todo el tiempo. Lo interesante es qué seremos en el futuro. No los estereotipos y espantajos de los empresarios privados de la Asociación Médica Norteamericana».[36]
He citado las opiniones de los propangandistas de la psiquiatría comunitaria. Ahora bien: ¿en qué consiste la tarea? Su objetivo principal parece ser la difusión de una ética colectivista de la salud mental, a manera de una religión secular. Lo demostraré con citas del texto más importante de psi-

quiatría comunitaria, *Principles of preventive psychiatry*, de Gerald Caplan.

En el sistema de psiquiatría burocrática descrito por Caplan un número cada vez mayor de psiquiatras realizan un monto cada vez menor de trabajo efectivo con los llamados pacientes. El rol principal del psiquiatra comunitario es ser un «consultor de salud mental»; esto significa que debe hablarle a ciertas personas que le hablan a otras personas, hasta que finalmente alguien le habla a, o tiene algún tipo de contacto con, alguien considerado un «enfermo mental» real o en potencia. Este esquema se desenvuelve de acuerdo con la Ley de Parkinson: [37] el experto que está en la cúspide de la pirámide es un hombre tan importante y tan ocupado que precisa un enorme ejército de subordinados que lo ayuden, y sus subordinados precisan un enorme ejército de subordinados de segunda categoría, etc.

En una sociedad en la que la automatización y los grandes avances tecnológicos han creado desempleo en gran escala, la perspectiva de una industria «preventiva» de la salud mental, capaz de absorber una vasta proporción de recursos humanos, debe ser sin duda políticamente atractiva. Lo es.

Veamos ahora con más detenimiento la tarea real del psiquiatra comunitario.

Según Caplan, una de sus tareas fundamentales reside en proporcionar más y mejores «elementos socioculturales» a la gente. No está claro qué son estos elementos. Por ejemplo, el «especialista en salud mental» es descrito como alguien que «brinda su consulta a legisladores y funcionarios, y colabora con otros ciudadanos en organismos influyentes del gobierno con vistas a modificar las leyes y reglamentos».[38] En términos más simples, un cabildero que actúa en favor de la burocracia de la salud mental.

El psiquiatra comunitario también ayuda a «los legisladores y funcionarios de asistencia social a mejorar el clima moral de los hogares en que se crían hijos [ilegítimos], y a influir en sus madres para que se casen y les den padres permanentes».[39] Aunque Caplan alude al interés del psiquiatra comunitario por los efectos que produce en los niños el divorcio de sus padres, no hace ningún comentario en cuanto a asesorar a las mujeres que quieren divorciarse, abortar o utilizar anticonceptivos. Otra función del especialista en salud mental es pasar revista a las condiciones de vida de su grupo-objetivo dentro de la población, y luego influir en aquellos que contribuyen a determinar dichas condiciones, de

manera que las leyes, reglamentos, políticas por ellos instrumentadas [. . .] se modifiquen en una dirección apropiada».[40] Caplan insiste en que no propone que gobiernen los psiquiatras: advierte que de esa manera el psiquiatra puede convertirse en agente o vocero de ciertos grupos políticos o sociales. Resuelve el problema declarando que todo psiquiatra debe decidir por sí mismo, en este punto, y que su libro no está dirigido a quienes desean ofrecer sus servicios a grupos de intereses especiales, sino más bien «a quienes dirigen sus esfuerzos primordialmente a la disminución del trastorno mental en nuestras comunidades».[41] Pero admite que en la práctica no es tan sencillo distinguir entre los psiquiatras que explotan sus conocimientos profesionales en beneficio de una organización y «aquellos que trabajan en la organización con el objeto de alcanzar las metas de su profesión». Por ejemplo, refiriéndose al papel de los asesores psiquiátricos del Cuerpo de Paz, observa tímidamente que su éxito «no deja de estar asociado con el hecho de que fueran capaces de aceptar plenamente los objetivos fundamentales de tal organización, y su entusiasmo fue prontamente percibido por los dirigentes de esta».[42]

Sobre la función que le compete al psiquiatra en las clínicas médicas de su comunidad (específicamente con respecto a su función en una clínica infantil, atendiendo a una madre que tiene una relación «perturbada» con su hijo), Caplan escribe: «Si el especialista en psiquiatría preventiva puede persuadir a las autoridades médicas de la clínica de que su actividad es una extensión lógica de la práctica médica tradicional, su rol contará con la aprobación de todas las personas envueltas en el asunto, incluido él mismo. De esta manera, todo lo que le resta hacer es especificar los detalles técnicos».[43]

Pero esta es justamente, a mi entender, la cuestión central: el llamado trabajo de salud mental, ¿es en efecto una «extensión lógica de la práctica médica tradicional», ya sea preventiva o curativa? Afirmo que es una extensión retórica, y no lógica, de aquella.[44] En otras palabras, la práctica de la educación para la salud mental y la psiquiatría comunitaria no es una práctica médica, sino una forma de persuasión moral y de coacción política.

IV

Como antes señalamos, la salud y la enfermedad mental no son más que nuevas palabras para designar valores morales. En general, la semántica del movimiento de la salud mental no es sino un nuevo vocabulario para promover un tipo especial de ética secular.

Este punto de vista puede ser sustentado de diversas maneras. Aquí trataré de hacerlo citando las opiniones vertidas por el Comité Científico de la Federación Mundial para la Salud Mental, en la monografía editada por Kenneth Soddy, *Mental health and value systems* (La salud mental y los sistemas de valores).

En el primer capítulo, los autores reconocen francamente «que la salud mental está asociada con principios que dependen de la religión o ideología prevaleciente en la comunidad en cuestión».[45]

Sigue luego una reseña de los diversos conceptos de salud mental propuestos por diferentes profesionales. Por ejemplo, a juicio de Soddy, «la respuesta ante la vida de una persona sana está libre de tensiones; sus ambiciones no franquean el ámbito de la realización práctica...»,[46] mientras que en opinión de un colega, cuyas palabras cita, la salud mental «exige mantener buenas relaciones personales con uno mismo, con los demás y con Dios»,[47] definición que sitúa claramente a todos los ateos en la categoría de los mentalmente enfermos.

Los autores analizan el irritante problema de la relación entre adaptación social y salud mental, y consiguen eludir admirablemente ese mismo problema que sostienen abordar:

«La salud mental y la adaptación social no son la misma cosa. [...] Ejemplo de esto es que muy pocos juzgarían que un individuo que está más adaptado como consecuencia de haber abandonado su hogar yéndose a vivir a una sociedad distinta se ha vuelto por ello mentalmente sano. [...] En el pasado, y en algunas sociedades todavía hoy, se ha tendido a valorar en alto grado la adaptación a la sociedad [...] como signo de salud mental, y la inadaptación se ha considerado en medida mucho mayor aún como signo de mala salud mental. [...] Hay ocasiones y situaciones en las que, desde el punto de vista de la salud mental, la rebelión y el inconformismo pueden ser mucho más importantes que la adaptación social».[48]

Pero no se nos ofrece ningún criterio para distinguir, «desde el punto de vista de la salud mental», las situaciones a las que debemos adaptarnos de aquellas contra las cuales debemos rebelarnos.
Hay muchos ejemplos más de esta necia mojigatería. Así, se nos dice: «Si bien es improbable que se pueda llegar a un acuerdo sobre la proposición de que todas las personas "malas" son mentalmente enfermas, se podría coincidir en que a ninguna persona "mala" podría adjudicársele el más alto nivel posible de salud mental, y en que muchas personas "malas" son mentalmente enfermas».[49] Los problemas de quiénes habrán de decidir cuáles son las personas «malas», y mediante qué criterios, son pasados por alto. Esta evasión respecto de la realidad de la ética conflictiva tal como existe en el mundo es el rasgo más saliente de este estudio. Tal vez uno de los propósitos de proponer una ética de la salud mental borrosa, pero comprehensiva, sea perpetuar esta negación. En verdad, el verdadero objetivo del psiquiatra comunitario parece ser reemplazar un vocabulario político claro con una semántica psiquiátrica oscura, y un sistema pluralista de valores morales, con una ética singularista de la salud mental. He aquí un ejemplo de la forma en que se efectúa esto:

«Nuestra opinión es que el hecho de que un grupo social asuma una actitud de superioridad con relación a otro no es provechoso para la salud mental de ninguno de los dos grupos».[50]

A esto le siguen algunos comentarios simplistas acerca del problema de los negros en Estados Unidos. Sin duda, el sentimiento aquí expresado es admirable; pero los problemas reales de la psiquiatría están ligados, no con grupos abstractos, sino con individuos concretos. Pese a lo cual nada se nos dice sobre las relaciones reales entre personas: verbigracia, entre los adultos y los niños, los médicos y los pacientes, los especialistas y sus clientes; ni tampoco que el logro, en estas diversas situaciones, de una relación que sea a la vez igualitaria y funcional requiere la máxima habilidad y esfuerzo de todos los implicados (y en algunos casos es imposible de alcanzar).
El ético de la salud mental muestra muy bien su propia índole cuando analiza la salud y la enfermedad mental; pero su postura moral resulta más clara todavía cuando se ocu-

pa del tratamiento psiquiátrico. En verdad, el promotor de la salud mental se nos presenta entonces como un tecnólogo social en gran escala, que solo se sentirá satisfecho si se le da licencia para exportar su ideología al mercado mundial.
Los autores inician su examen de la forma de promover la salud mental observando las «resistencias» existentes:

«Los principios que están en la base del éxito en todo intento de modificar las condiciones culturales *en beneficio de la salud mental*, así como los peligros inherentes a tales intentos, son consideraciones que es muy importante tener en cuenta en el trabajo concreto de la salud mental. [. . .] La promoción del cambio en una comunidad puede estar sujeta a condiciones similares a las que existen en el caso *del niño* . . .» [las bastardillas son nuestras].[51]

Reconocemos aquí el conocido modelo médico-psiquiátrico de las relaciones humanas: el cliente es como un niño ignorante que debe ser «protegido», si es preciso de manera autocrática y sin su consentimiento, por el experto, que se asemeja al padre omnicompetente.
El trabajador de la salud mental que suscribe esta opinión y participa en este tipo de tarea adopta una actitud condescendiente hacia sus (involuntarios) clientes: en el mejor de los casos, los considera niños tontos que necesitan instrucción, y en el peor, criminales malévolos que necesitan corrección. Muy a menudo procura imponer el cambio de valores mediante la fuerza y el fraude, en vez de hacerlo mediante la verdad y el ejemplo. En suma: no practica lo que predica. La actitud de amor igualitario por todos los semejantes, que el trabajador de la salud mental está tan ansioso por exportar a las regiones «psiquiátricamente subdesarrolladas» del mundo, parece no abundar mucho en ningún lado. ¿O es que hemos de pasar por alto las relaciones entre los blancos y los negros en Estados Unidos, o entre el psiquiatra y el paciente involuntario?
Los autores no se desentienden totalmente de estas dificultades, pero parecen creer que basta con reconocer que están percatados de ellas. Por ejemplo, luego de comentar la similitud existente entre el lavado de cerebro en China y el tratamiento psiquiátrico involuntario, escriben:

«La expresión "lavado de cerebro" [. . .] ha sido aplicada con desagradables connotaciones a la práctica psicoterapéu-

tica *por quienes son hostiles a ella*. Consideramos que todos los responsables de conseguir tratamiento psiquiátrico para los pacientes que no se prestan voluntariamente a él deben aprender muy bien la lección que de esto se desprende. El uso de la compulsión o el engaño parecerá casi con certeza malévolo *a quienes odian o temen* los objetivos que persigue la psicoterapia» [las bastardillas son nuestras].[52]

Al déspota «benévolo», en psiquiatría como en política, no le gusta que su benevolencia sea cuestionada. Si lo es, recurrirá a la táctica clásica del opresor: tratando de silenciar a su crítico, y si fracasa, tratando de degradarlo. El psiquiatra realiza esto llamando «hostil» o «enfermo mental» a todo el que discrepe con él. En este caso se nos dice que si una persona reconoce similitudes entre el lavado de cerebro y el tratamiento psiquiátrico involuntario es, *ipso facto*, *hostil* a la psicoterapia.

El pasaje sobre la lección que debe ser muy bien aprendida por «todos los *responsables* de conseguir tratamiento psiquiátrico para los pacientes que no se prestan voluntariamente a él» [las bastardillas son nuestras] exige un comentario especial. El lenguaje utilizado implica que los pacientes mentales involuntarios existen en la naturaleza, cuando, en verdad, estos son creados, en gran medida, por los psiquiatras. Así, los autores plantean el molesto problema del tratamiento psiquiátrico involuntario, pero no lo tratan de manera clara y directa; en lugar de ello, impugnan la salud emocional y las intenciones morales de aquellos que se atreven a considerar el problema de manera crítica.

Este antagonismo ante el examen crítico de sus doctrinas y métodos puede ser indispensable para el trabajador de la salud mental, como lo es para el misionero o el político: todos ellos persiguen el objetivo de conquistar almas o mentes, no de comprender problemas humanos. No olvidemos qué peligros acarrea tratar de entender a otra persona: el esfuerzo insta a confutar las propias opiniones y a cuestionar las propias creencias. El individuo considerado hacia los demás, que se siente contento de enseñar mediante el ejemplo de su propia conducta, debe estar siempre dispuesto a reconocer sus errores y cambiar su proceder. Pero no es esto lo que anhela el trabajador de la salud mental: no desea cambiar su proceder, sino el de los demás.

En un análisis del «movimiento de higiene mental» escrito hace casi treinta años, Kingsley Davis sugirió esto y algu-

nas cosas más. Refiriéndose a la «clínica familiar», Davis observaba que tales organismos no ofrecían un tratamiento médico sino una manipulación moral: «Antes de poder curar a tales pacientes, es preciso alterar sus propósitos; en suma, es preciso efectuar una operación, no en su anatomía, pero sí en su sistema de valores».[53] Por supuesto, la dificultad radica en que por lo general la gente no quiere *alterar* sus objetivos: quiere alcanzarlos. Por consiguiente, «solo puede esperarse que acudan voluntariamente a una clínica tal aquellos clientes cuyos fines guarden correspondencia con los valores socialmente aprobados. Otras personas perturbadas, cuyos deseos se oponen a los valores aceptados, se mantendrán aparte; únicamente mediante la fuerza y el fraude será posible traerlas».[54] Davis no vacila tampoco en afirmar lo que muchos saben pero pocos dicen: que «muchos clientes son atraídos con engaños a las clínicas familiares, mintiéndoles acerca de su verdadero carácter».[55] Análogamente, muchos más son atraídos con engaños a los hospitales neuropsiquiátricos estaduales y a las clínicas patrocinadas por la comunidad. De este modo, la psiquiatría comunitaria se presenta, al menos en mi opinión, como un nuevo intento de revitalizar y ampliar la antigua industria de la higiene mental.

En primer lugar, hay una nueva campaña publicitaria: la educación de salud mental es un esfuerzo tendiente a atraer a personas desprevenidas para convertirlas en clientes de los servicios de salud mental comunitarios. Una vez creada la demanda —o, en este caso, tal vez la mera apariencia de demanda— la industria se expande, mediante un incremento sostenido de los gastos destinados a los hospitales y clínicas neuropsiquiátricos existentes y a crear fábricas nuevas y más automatizadas, a las que se denomina «centros comunitarios de salud mental».

Antes de concluir esta reseña de la ética del trabajo que se realiza en salud mental, quisiera comentar brevemente cuáles son los valores por los que abogan los autores de *Mental health and value systems.* Ellos promueven el cambio en sí; la dirección que ha de tomar ese cambio queda a menudo sin aclarar. «El éxito de la promoción de la salud mental depende en parte de la creación de un clima favorable al cambio y de la creencia en que este es deseable y posible».[56] Asimismo, destacan la necesidad de examinar ciertos «supuestos no demostrados», ninguno de los cuales, empero, se refiere a la índole del trabajo en salud mental; en lugar de

ello, se enumeran entre los supuestos no demostrados ideas tales como «. . . la madre es siempre la persona más apta para hacerse cargo de su propio hijo».[57]

Creo que debemos oponernos a todo esto con fundamentos lógicos y morales: si se pretende examinar y promover valores morales, es menester considerarlos tal cual son: como valores morales, y no como valores de salud. ¿Por qué? Porque los valores morales son y deben ser una preocupación legítima de todos, y no encuadran en la especial competencia de ningún grupo en particular; mientras que los valores de salud (sobre todo su instrumentación técnica) son y deben ser principalmente preocupación de los expertos en salud, en especial los médicos.

V

Independientemente del nombre que le pongamos, la salud mental es hoy una empresa de gran envergadura, y ello en cualquier sociedad moderna, sea cual fuere su estructura política. Es imposible, por lo tanto, comprender la pugna entre los valores individualistas y colectivistas en psiquiatría sin conocer claramente cuál es la organización social mediante la cual se atiende a la salud mental.

Por sorprendente que parezca, en Estados Unidos el 98 % de la atención que se brinda a los enfermos mentales hospitalizados está a cargo del gobierno nacional y de los gobiernos estaduales y de distrito.[58] En Gran Bretaña la situación es similar. En la Unión Soviética esa cifra asciende, desde luego, al 100 %.

Pero esto no nos da, por cierto, el cuadro total de lo que ocurre en Estados Unidos y Gran Bretaña. La atención privada es ni más ni menos lo que su nombre indica: privada; sin embargo, ello no quiere decir que la atención psiquiátrica de los internados se financie con fondos públicos, y la atención de pacientes ambulatorios, con fondos privados. La financiación de los servicios ambulatorios es tanto pública como privada. Si se incluyen todos los tipos de atención, se ha estimado que «alrededor del 65 % del tratamiento que se brinda a pacientes neuropsiquiátricos procede de servicios subvencionados mediante impuestos, y el 35 %, de servicios privados y voluntarios».[59]

Creo que las consecuencias de la amplia y creciente parti-

cipación del gobierno en la atención de la salud mental no han sido debidamente justipreciadas. Por lo demás, sean cuales fueren los problemas derivados del control gubernamental de esa atención, tales problemas se vinculan con otro lógicamente antecedente: ¿qué objetivo persigue la atención suministrada? De nada sirve responder que su objetivo consiste en convertir a las personas mentalmente enfermas en personas mentalmente sanas. Ya hemos visto que las expresiones «salud mental» y «enfermedad mental» designan valores éticos y desempeños sociales. El sistema de hospitales neuropsiquiátricos apunta, aunque sea en forma embozada, a promover determinados valores y actuaciones y a eliminar otros. Cuáles valores se promueven y cuáles se suprimen depende, por supuesto, de la naturaleza de la sociedad que auspicia la atención de la «salud».

Tampoco este punto de vista es novedoso: otros han expresado opiniones similares. Davis observaba que a los clientes potenciales de las clínicas familiares «se les hace saber de una u otra manera, mediante conferencias, avisos publicitarios en los periódicos o discretas notificaciones, que la existencia de esas clínicas obedece al propósito de ayudar al individuo a superar sus dificultades, cuando en realidad obedece al propósito de ayudar al orden social establecido. Una vez que es llevado con engaños a la clínica, el individuo puede ser sometido a un nuevo engaño, bajo la forma de una propaganda que apunta a convencerlo de que su mejor interés reside en hacer aquello que aparentemente no quiere hacer, como si el "mejor interés" de una persona pudiera ser juzgado por algo que no sean sus propios deseos».[60]

A causa del carácter involuntario del tratamiento que se ofrece en este tipo de clínica u hospital, se infiere, según Davis (y yo coincido con él), que el servicio «debe procurarse apoyo financiero mediante subsidios (filantrópicos u oficiales) y no mediante ganancias obtenidas a través de honorarios. Además, puesto que sus propósitos están identificados con los de la comunidad global y no con los de la persona a quien sirve, y puesto que para concretarlos requiere el uso de la fuerza o el embuste, debe funcionar como un instrumento de la ley y del gobierno. El uso de la fuerza y el fraude no está permitido a los individuos particulares. [. . .] Por consiguiente, si pretende dirimir los conflictos familiares haciendo que se cumplan los dictados de la sociedad, una clínica familiar debe a la larga investirse del poder, o por lo menos de la apariencia de poder, pro-

veniente de alguna institución que cuente con el beneplácito del Estado para el ejercicio del engaño sistemático, tal como la Iglesia».[61]

¿Podría contar con el apoyo de la comunidad una clínica dedicada a promover el mejor interés del cliente, en lugar del mejor interés de la comunidad? Davis, luego de examinar esta posibilidad, llega a la conclusión de que no podría; pues, si existiera un tipo de clínica tal, entonces, «como la del otro tipo, debería emplear la fuerza y el engaño... no con el cliente, sino con la comunidad. Debería presionar sobre las legislaturas, utilizar armas políticas y sobre todo negar públicamente su auténtica finalidad».[62] (Hemos visto al psicoanálisis organizado de Estados Unidos hacer exactamente esto.)[63]

Davis tiene bien claro cuáles son las opciones básicas que la psiquiatría tendría que enfrentar pero no enfrenta: «La clínica individualista debe aceptar la norma fijada por su cliente. El otro tipo de clínica debe aceptar la norma fijada por la sociedad. En la práctica, solo esta última es aceptable, pues el Estado está investido del poder para emplear la fuerza y el fraude».[64] En la medida en que las clínicas familiares u otro tipo de establecimientos de salud mental tratan de prestar servicios de las dos clases, «están intentando montar al mismo tiempo dos caballos que corren en direcciones opuestas».[65]

La afirmación de que los valores y desempeños que la psiquiatría promueve o suprime están vinculados con la sociedad que auspicia el servicio psiquiátrico recibe apoyo de una comparación entre la atención que brindan los hospitales neuropsiquiátricos de Rusia y Estados Unidos. La proporción de médicos y de camas de hospital con respecto a la población total es aproximadamente la misma en ambos países. Pero esta similitud es engañosa: mientras que en la Unión Soviética hay alrededor de 200.000 camas para pacientes psiquiátricos, en Estados Unidos hay 750.000. Por consiguiente, «el 11,2 % de las camas de hospital de la Unión Soviética [están] destinadas a pacientes psiquiátricos, en tanto que en Estados Unidos el porcentaje es del 46,4 %».[66]

La mejor explicación de esta diferencia la proporcionan ciertas políticas sociales y psiquiátricas que alientan la internación de los enfermos mentales en Estados Unidos y la desalientan en Rusia. Además, en materia de atención psiquiátrica los soviéticos ponen el acento en el trabajo obli-

gatorio, mientras que nosotros lo ponemos en el ocio obligatorio; ellos obligan a los pacientes psiquiátricos a producir, mientras que nosotros los obligamos a consumir. Parece improbable que estos distintos énfasis «terapéuticos» estén desvinculados de la escasez crónica de mano de obra en Rusia y su superabundancia, igualmente crónica, en Estados Unidos.

En Rusia, la «terapia ocupacional» se diferencia del trabajo liso y llano en que aquella se lleva a cabo bajo los auspicios de una institución psiquiátrica, y el segundo bajo los auspicios de una fábrica o granja. Por otra parte, como vimos en el caso de Iosif Brodsky, en Rusia el delincuente es sentenciado a trabajar, no a holgar (o a fingir que trabaja), como su equivalente norteamericano. Todo esto tiene dos causas principales: primero, la teoría sociopolítica soviética, que sostiene que el «trabajo productivo» es necesario y positivo tanto para la sociedad cuanto para el individuo; segundo, el hecho, derivado de la realidad socioeconómica soviética, de que en un sistema de gigantescas burocracias (carente de adecuados procedimientos de control y equilibrio) se precisa cada vez más gente para hacer cada vez menos trabajo. Es por ello que los soviéticos tienen una escasez crónica de mano de obra.

En forma congruente con estas condiciones, los rusos tratan de conservar a la gente en su lugar de trabajo en vez de ponerla en hospitales neuropsiquiátricos. Si a un individuo ya no se lo tolera en su puesto, se lo hace trabajar en «clínicas psiquiátricas para pacientes externos [...] en las que los pacientes [pueden] dedicar el día entero a trabajar...».[67]

En la década de 1930, cuando el stalinismo estaba en su apogeo, se produjo un «fervor por la terapia ocupacional desprovisto de sentido crítico», como resultado del cual «los hospitales llegaron a parecerse a las plantas industriales».[68]

Es evidente que la distinción que se establece en Rusia entre la terapia ocupacional y el trabajo liso y llano es de la misma especie de la que se establece en Estados Unidos entre la reclusión en un hospital para delincuentes insanos y la prisión en una cárcel. Se afirma que muchos de los talleres que funcionan en los hospitales soviéticos «operan como las unidades comunes de una fábrica, manteniendo allí por interminables períodos a pacientes levemente incapacitados pero productivos, pagándoles salarios regulares mientras van y vienen de sus casas como si tuvieran un empleo permanente. [...] Se ha informado de algunos casos en que

los protegidos talleres han sido explotados por sus directivos en beneficio propio . . .».[69]
En Estados Unidos, el gobierno por lo general no posee ni controla los medios de producción. La fabricación de artículos y la provisión de (la mayoría de) los servicios está en manos de individuos o grupos privados. Si el gobierno tuviera a su cuidado personas destinadas a producir bienes y servicios, se crearía un problema de competencia con la empresa privada. Este problema se presentó en primer lugar con relación a las cárceles, y ahora se nos presenta con relación a los establecimientos de salud mental. Los accionistas de la General Motors (o sus empleados) no se pondrían muy contentos si el gobierno de Estados Unidos decidiera que los reclusos de las prisiones nacionales han de fabricar automóviles. Así pues, los presos se limitan a fabricar las chapas de las patentes, y los enfermos mentales, a barrer el piso o ayudar en la cocina o en el lavadero del hospital.
Lo que quiero destacar es muy simple: a diferencia de lo que sucede en Rusia, el principal problema socioeconómico de Estados Unidos es una superabundancia, no una escasez, de bienes de consumo; asimismo, tenemos excesivos, no escasos, recursos humanos productivos. El resultado es nuestro bien conocido desempleo crónico, que rara vez es inferior al 5 % de la fuerza laboral (sin incluir a muchas personas de edad que están en condiciones de trabajar). Consiguientemente, en los hospitales neuropsiquiátricos norteamericanos se desalienta el trabajo productivo dotado de sentido económico, y, en caso de necesidad, se lo prohíbe por la fuerza. En vez de definir como terapia el trabajo obligatorio, cual hacen los soviéticos, definimos como terapia el ocio obligatorio. El único trabajo que se permite (o alienta) es el indispensable para mantener en buen estado el edificio y los servicios del hospital, y aun en esta instancia, solo aquel trabajo que se considera no competitivo con la empresa privada.
Como sugerí tiempo atrás,[70] la internación en hospitales neuropsiquiátricos cumple en Estados Unidos una doble función socioeconómica. Primero, al definir a las personas internadas como ineptas (impidiéndoles a menudo trabajar incluso después de haber sido dadas de alta), el sistema de atención de la salud mental contribuye a disminuir nuestra reserva nacional de desocupados: gran número de habitantes son rotulados enfermos mentales en lugar de llamarlos desocupados o personas socialmente incompetentes. Segun-

do, al crear una vasta organización de hospitales e instituciones conexas, dicho sistema contribuye a dar empleo; en verdad, la cantidad de puestos psiquiátricos y parapsiquiátricos así creada causa vértigo. Como consecuencia de ello, una reducción importante en los gastos de la burocracia de la salud mental amenaza producir el mismo tipo de disloque económico que una reducción en los gastos de defensa, y es, quizá, igualmente «impensable».

Me parece, pues, que al contrario de lo que sostiene la repetida propaganda acerca del alto costo de la enfermedad mental, tenemos un sutil interés económico en perpetuar, y aun en incrementar, dicha «enfermedad». Enfrentados como estamos con la superproducción y el desempleo, es evidente que podemos afrontar el «costo» de atender a cientos de miles de «pacientes mentales» y a las personas que dependen de ellos. Pero, ¿podemos afrontar el «costo» de no atenderlos, y sumar así a las filas de los desocupados no solo a los llamados enfermos mentales, sino también a quienes los «tratan» e «investigan» sobre ellos?

No importa cuáles sean los fines ostensibles de la psiquiatría comunitaria, lo cierto es que su funcionamiento real está muy probablemente influido por consideraciones económicas y políticas y por hechos como los que hemos examinado.

VI

La psiquiatría es una tarea moral y social. El psiquiatra se ocupa de los problemas de conducta humanos. Se ve llevado, entonces, a situaciones de conflicto, a menudo entre el individuo y el grupo. Si queremos entender la psiquiatría, no podemos apartar los ojos de este dilema: tenemos que saber a favor de qué bando se pone el psiquiatra, si a favor del individuo o a favor del grupo.

Quienes postulan la ideología de la salud mental describen el problema en otros términos. Al no colocar el acento en los conflictos existentes entre las personas, evitan alistarse en forma explícita como agentes del individuo o del grupo. Prefieren considerar que promueven la «salud mental», en vez de promover los intereses de uno u otro bando o valor moral.

Consideraciones de esta índole me han llevado a la conclusión de que el concepto de enfermedad mental traiciona el

sentido común y la concepción ética del ser humano. Sin lugar a dudas, cada vez que hablamos de un concepto de ser humano, nuestro problema inicial tiene que ver con una definición y una filosofía: ¿qué entendemos por ser humano? Siguiendo la tradición del individualismo y el racionalismo, sostengo que un ser humano es una persona en la medida en que hace elecciones libres, no sometidas a coacción. Todo lo que aumenta su libertad, aumenta su humanidad; todo lo que disminuye su libertad, disminuye su humanidad.

La libertad, independencia y responsabilidad progresivas llevan a convertirse en un ser humano; el sometimiento, la dependencia y la irresponsabilidad progresivas, a convertirse en una cosa. Hoy resulta irrefutablemente claro que, pese a sus orígenes y a sus propósitos, el concepto de enfermedad mental contribuye a esclavizar al ser humano, al permitir —en verdad, al exigir— que un hombre imponga su voluntad sobre otro.

Hemos visto que los abastecedores de cuidados para los pacientes mentales, en especial cuando esos cuidados son proporcionados por el gobierno, son en realidad los abastecedores de los intereses morales y socioeconómicos del Estado. Esto no puede sorprendernos. ¿Qué otros intereses podrían representar? Por cierto no los del llamado «paciente», cuyos intereses son con frecuencia antagónicos a los del Estado. De este modo, la psiquiatría —ahora presuntuosamente denominada «psiquiatría comunitaria»— se trasforma, en gran medida, en un instrumento para controlar al individuo. En una sociedad de masas, lo mejor para ello es reconocer la existencia del individuo sólo en su carácter de miembro de un grupo, nunca como individuo.

El peligro es claro, y ha sido señalado por otros. En Estados Unidos, cuando la ideología del totalitarismo es promovida bajo la forma de fascismo o comunismo, se la rechaza de plano; pero cuando esa misma ideología es promovida bajo la apariencia de una atención para la salud mental, se la abraza calurosamente. Parece posible, entonces, que la ética de la salud mental logre colectivizar a la sociedad norteamericana después del fracaso en tal sentido del fascismo y el comunismo.

4. La retórica del rechazo*

I

En un artículo anterior[71] procuré aclarar el concepto de enfermedad mental mediante un análisis lógico. En las ciencias físico-naturales, en las que el lenguaje se utiliza principalmente en forma descriptiva —vale decir, para comunicar cómo *son* las cosas—, un análisis de ese tipo suele ser suficiente para disipar los puntos oscuros. En las ciencias sociales o humanas, sin embargo, en las que el lenguaje no se utiliza sólo en forma descriptiva sino también promotora —vale decir, para comunicar no solo cómo son las cosas sino también cómo *deberían ser*—, con frecuencia no es suficiente y debe ser complementado mediante un análisis de los aspectos históricos, morales y tácticos del concepto en cuestión. El propósito de este ensayo es, pues, clarificar aún más el concepto de enfermedad mental examinando sus antecedentes históricos, implicaciones morales y funciones estratégicas.

II

El lenguaje tiene tres funciones fundamentales: trasmitir información, provocar estados de ánimo y promover acción.[72] Destaquemos que únicamente para el uso cognitivo del lenguaje, cuando se quiere trasmitir información, es necesaria la claridad conceptual. Cuando el lenguaje se emplea para influir sobre la gente, la falta de claridad puede no constituir ninguna desventaja; por el contrario, a menudo es una ventaja.

Las ciencias sociales, la psiquiatría entre ellas, están dedicadas a estudiar cómo las personas se influyen entre sí. En consecuencia, el uso promotor del lenguaje es un aspecto significativo de las observaciones que las ciencias sociales

pretenden describir y explicar. En este afán, una importante dificultad reside en que las ciencias sociales no poseen un idioma especializado propio. Recurren al lenguaje de la vida cotidiana, que suele ser impreciso y se presta muy fácilmente a ser usado promotivamente. Es así que las descripciones psiquiátricas y sociológicas ofrecen, bajo la apariencia de asertos cognitivos, enunciados promotores. En otras palabras: mientras afirman describir la conducta, los psiquiatras a menudo la prescriben. Llamar a una persona enfermo mental es un ejemplo: con ello se afirma o implica que su conducta es inaceptable y que debería conducirse de otras formas más aceptables. Cuando la ciencia social opera de este modo, sus propias formulaciones levantan una barrera al reconocimiento de los mismos fenómenos que procura elucidar y comprender. (Por supuesto, en la medida en que el lenguaje es algo público y no privado, siempre promueve intrínsecamente *algo*; por ejemplo, la explicación científica promueve la comprensión intersubjetiva. En este ensayo no me preocupa, empero, este tipo de uso promotor del lenguaje sino aquel que lleva a la acción social y la justifica, especialmente si esa acción social recurre al poder coactivo del Estado.)

Es imposible decidir *a priori* si llamar y considerar «enferma» a una persona es bueno o malo para ella, como también inferirlo del concepto particular que cada cual tiene de «enfermedad»; ello depende de cómo reacciona a ese rótulo la persona así identificada y quienes la rodean. En realidad, el hecho de que sea terapéutico o punitivo ser llamado «enfermo» (o «enfermo mental») depende en buena medida del contexto social en que vive la persona así diagnosticada. En el libro de Samuel Butler, *Erewhon*,[73] se revela una aguda comprensión de este hecho, o sea, de que la palabra «enfermedad» es el nombre con que se designan ciertos movimientos en un juego lingüístico-social, y no necesariamente el nombre de un estado o afección biológicos anormales. En esa obra notable Butler describe una civilización imaginaria que castiga la enfermedad como la nuestra castiga el delito, y que trata el delito de la misma manera que la nuestra trata la enfermedad.

Para nuestros propósitos actuales, baste recordar que durante la segunda mitad del siglo XIX, época en que tuvieron su origen la neurología y la psiquiatría, las reglas del juego de la vida tornaban ventajoso para una persona incapacitada ser llamada «enferma». Frente a tales personas, e inde-

pendientemente del motivo por el cual estaban incapacitadas o actuaban como tales, los médicos tenían entonces dos alternativas: podían clasificar o rebautizar como «enfermos» a todos los que estuvieran de alguna manera incapacitados, con el propósito de mejorar su suerte; o bien podían revisar las reglas del juego médico (vale decir, el tratamiento humanitario acordado a los enfermos) y hacerlas extensivas a otros miembros incapacitados, postergados o infortunados de la sociedad. Invariablemente, los médicos adoptaron el primer curso de acción, que era, bajo todo concepto, la opción más pronta y fácil.
Concretamente, los pioneros de la neuropsiquiatría (Charcot, Janet, Bernheim, Kraepelin, Freud y otros) debieron decidir de qué manera rotular a las personas que actuaban como incapacitadas *y a la* vez presentaban ciertos tipos de «síntomas» neuromusculares y sensoriales. ¿Debía llamárselos falsos enfermos, histéricos, enfermos orgánicos, enfermos mentales, o cómo? Antes de Charcot, todos aquellos que no tenían una enfermedad orgánica demostrable eran habitualmente considerados falsos enfermos. De modo que uno de los supuestos descubrimientos de Charcot no fue en modo alguno un descubrimiento, sino más bien una reclasificación y nueva rotulación de los falsos enfermos, a quienes se pasó a denominar histéricos.[74] Este proceso de nueva rotulación es el que ocupará nuestra atención en el presente ensayo.

III

Nombrar o rotular a las personas (vale decir, aplicar a la gente el método taxonómico) es una táctica llena de trampas ocultas. Así lo demuestran la insidiosa rotulación y persecución de los judíos, los intentos de contrarrestar esta discriminación mediante una reclasificación estratégica y las consecuencias de dicha reclasificación.
En la época de Freud, ser judío era como ser enfermo, y ser cristiano, como ser sano. Por consiguiente, los judíos que querían mejorar su situación tenían dos opciones. Una era cambiar de rótulo y reclasificarse ellos mismos: los judíos podían adoptar nombres alemanes y abrazar la religión cristiana. La otra consistía en huir de ese juego social restrictivo y desagradable: los judíos podían abandonar su patria

europea y trasladarse a Estados Unidos, Canadá, Palestina o algún otro sitio.

La primera opción, la conversión religiosa, constituye una forma socialmente aceptada de engaño. La gente concuerda en llamar a algo con otro nombre por razones puramente estratégicas —en este caso, para asegurar una vida mejor al sujeto en cuestión—. Tal es exactamente lo que ocurrió cuando se pasó a denominar «histéricos» a los falsos enfermos: su «conversión» les aseguró los derechos y privilegios de que gozaban los enfermos, del mismo modo que la conversión de los judíos alemanes o austrohúngaros les aseguró los derechos y privilegios de cualquier ciudadano cabal.[75]

Es importante advertir que este cambio de rótulo sólo se refiere al uso instrumental del lenguaje. La proposición implícita en los juegos lingüísticos del antisemitismo tradicional y de la medicina tradicional —a saber, que los judíos son inferiores a los cristianos, y que los «falsos enfermos» son inferiores a los «pacientes»— no fue revisada y permaneció incólume. Es menester comparar los esfuerzos tendientes a remediar las injusticias sociales por medio de tales actos de reclasificación y de nueva rotulación con los que tienden a remediarlos mediante la crítica y modificación de las reglas discriminatorias. Por ejemplo, hay que comparar la declaración de que todos los judíos deben convertirse al cristianismo para ser tratados en un pie de igualdad con los cristianos, con la declaración de que todos los hombres deben ser iguales ante la ley, sea cual fuere su raza, religión o incapacidad.

La segunda opción, la migración, significa dejar atrás el campo de la acción tradicional (pasada) en busca de un campo nuevo (futuro), con la esperanza de que las nuevas reglas del juego sean más benévolas con el inmigrante. Así como un judío podía protegerse de la persecución religiosa emigrando de Europa a América, así también el falso enfermo podía ser protegido de la persecución social sacándolo del campo de lo delictivo (o cuasi-delictivo) y pasándolo al de la medicina (o cuasi-medicina, es decir, la psiquiatría).

Aunque hay una estrecha analogía entre la persecución de los judíos y los falsos enfermos y las formas de combatirla, existe entre estos dos fenómenos una gran diferencia, que no podemos pasar por alto: los judíos podían abandonar Europa y emigrar a América por su propia voluntad, mientras que los falsos enfermos solo podían ser trasladados del

ámbito de lo delictivo al de la medicina con la ayuda activa y la aprobación formal de los médicos profesionales. Esta diferencia nos remite otra vez a las ramificaciones sociales del acto de clasificación.

IV

La clasificación es un acto social. La clasificación de individuos o grupos implica la participación de por lo menos tres tipos distintos de personas: el clasificador, el clasificado y un público al que se le pide aceptar o rechazar una clasificación determinada.

Un individuo puede clasificarse a sí mismo o clasificar a los demás, y, a su vez, puede ser clasificado por los demás. En cada uno de estos casos, la categorización propuesta por el clasificador puede ser aceptada o rechazada por los demás. Para conseguir que la clasificación que uno hace de sí mismo o de los demás sea aceptada, es preciso, en general, contar con cierto grado de poder sobre los demás; este poder puede ser intelectual (científico) o político (coactivo). También aquí nuestros ejemplos nos servirán para ilustrar cómo funciona este proceso.

Los psiquiatras son a la vez agentes de la clasificación (o sea, clasifican) y objetos de la clasificación de los demás (o sea, son clasificados). Debe recordarse que los psiquiatras no solo clasificaron tradicionalmente a ciertas personas como locos o lunáticos, sino que además fueron por su parte clasificados por otros médicos y por el público en general como «no auténticos doctores» o como carceleros médicos. En la época de Freud esto era válido también para los judíos: podían clasificarse a sí mismos (como el pueblo elegido de Dios) y a los demás (como los hijastros de Dios), y, a su vez, ser clasificados por ellos (como ciudadanos de segunda categoría). Hitler modificó esto al imponer a los judíos un rol semejante al de los pacientes mentales; lo hizo privándolos de su rol de clasificadores y convirtiéndolos en objetos a ser clasificados por los nazis. Lo que siempre ha caracterizado a los locos o a los pacientes mentales —y tal es el motivo de que señale esto aquí— es haber sido despojados de su derecho y capacidad para clasificarse a sí mismos o a los demás, y haber sido considerados exclusivamente como objetos clasificables por la sociedad, y de ma-

nera particular por los alienistas, los psiquiatras y los psicoanalistas.

Ya dijimos que una persona atrapada en una situación (o juego) social en que se encuentra en desventaja o resulta perjudicada tiene la opción de convertirse o emigrar. Podemos agregar ahora otra opción: modificar el juego mismo. Estas tres opciones básicas pueden sintetizarse así: 1. Conversión: la persona desfavorecida pasa a desempeñar un rol más favorable, pero el juego sigue igual (p. ej., el judío que se convierte en cristiano, el alienista que se convierte en psicoanalista). 2. Migración: la persona desfavorecida abandona el juego y busca otro que le sea más favorable (p. ej., el judío europeo que emigra a América). 3. Cambio social: la persona desfavorecida (generalmente en concierto con otras que se hallan en análoga situación o que simpatizan con ella) cambia las reglas del juego social tal como se las practica en ese momento, para que le resulten más favorables (p. ej., el judío que logra ser aceptado como tal y no ya como cristiano converso, el psicoanalista que logra ser aceptado como psicoterapeuta y no ya como un médico con formación psicoanalítica). De estas opciones, la más fácil de poner en práctica es la conversión, le sigue la migración, y la más difícil de todas es promover un cambio social que origine un auténtico incremento del grado de aceptación de las diferencias humanas (o sea, religiosas, profesionales, personales, etc.).

La conversión solo requiere adoptar el repertorio de conductas de aquellos que son ahora los nuevos modelos de rol. La migración, por su parte, exige abandonar el terruño y hacerse ciudadano de otro país. Para el alienista, esto implicaba abandonar su rol de médico y adoptar una nueva identidad profesional. Tal es en cierta medida lo que hicieron Freud y los primeros psicoanalistas: abandonaron la práctica médica y psiquiátrica tradicional y crearon una nueva profesión: el psicoanálisis. Sin embargo, este cambio de rol nunca fue adecuadamente reconocido o reafirmado; por el contrario, el nuevo juego se elaboró sobre el modelo del antiguo: así como los Peregrinos crearon una «Nueva Inglaterra», así también los psicoanalistas crearon una «nueva terapia». El método utilizado para resolver el problema —ya se trate de la relación entre cristianos y judíos o entre los médicos («los doctores reales») y los psicoanalistas («los falsos doctores»)— confirma que la discriminación se justificaba, siendo imposible una solución más radical y eficaz.

Para dar a esta clase de problemas una solución más profunda es necesario seguir un camino distinto. Se requiere, primero, lograr que sea aceptada la persona, grupo o actividad antes rechazados (judío, psiquiatra), y, segundo, repudiar las reglas que legitiman la discriminación. En lo que respecta a la psiquiatría, el psicoanálisis, la medicina y la comunidad intelectual, esto habría significado reconocer las importantes diferencias existentes entre los conceptos y métodos psicoanalíticos y la teoría y práctica de otras profesiones y disciplinas científicas. Para los psicoanalistas, habría significado contentarse con el rol que las sociedades modernas de Occidente pueden asignar a los estudiosos de la conducta humana y a los curadores de almas laicos, sea cual fuere ese rol, en lugar de aspirar a compartir el poder y prestigio de los profesionales de la medicina. En suma: psiquiatras y psicoanalistas tendrían que haber puesto de relieve las diferencias, y no las similitudes, entre la psicoterapia y la práctica médica; en vez de definir sus objetivos en términos de enfermedad mental y tratamiento, tendrían que haberlos definido en términos de aumentar nuestro saber sobre el hombre como ser social y de ayudar a ciertas personas mediante métodos especiales para influir sobre la gente (psicoanálisis, sugestión, etc.).

Mutatis mutandis, las mismas consideraciones son válidas para el antisemitismo. En lugar de buscar la solución a «la cuestión judía» en la conversión, los judíos podrían haberla buscado en el reconocimiento y aceptación de los judíos como tales. La justificación de dicha estrategia sería la siguiente: aunque los judíos difieren de los gentiles en una serie de aspectos —p. ej., en su religión, y a veces en su apariencia física——, pueden empero ser considerados ciudadanos de Alemania y de Austria-Hungría, porque pertenecen a su estructura social. Un argumento tal implica rechazar la legitimidad de la discriminación, no solo contra los judíos, sino también contra otras minorías, como los checos, los rumanos, los servios, etc. Pero ese proceder hubiera puesto a los judíos de nuevo en conflicto con sus compatriotas cristianos. Es por esta razón que en la batalla contra el antisemitismo europeo, así como en la batalla contra el estigma de la locura, se evitara la estrategia consistente en repudiar críticamente las discriminaciones y persecuciones religiosas, raciales, nacionales, sexuales y de otro tipo, y por esa razón continuó evitándosela en todas las situaciones en las que el objetivo del reformador no es ampliar los

horizontes del conocimiento, y así mejorar poco a poco la condición humana, sino apelar a las emociones para dar pronta cura a un mal social específico.

V

El maltrato de los judíos por parte de los cristianos y de los falsos enfermos por parte de los médicos descansa en —o es posibilitado por— los nombres empleados para designar tales personas o grupos. Propongo denominar a este lenguaje de la discriminación social *la retórica del rechazo*. Toda vez que las personas se proponen *excluir* a otras de su entorno les colocan rótulos estigmatizantes. Hay muchos de esos rótulos aparte de los de judío y falso enfermo: infantil, extranjero, enemigo, delincuente, negro y enfermo mental son en la actualidad algunos de los más importantes.

Como todo método de persuasión, la retórica del rechazo promueve su opuesto: *la retórica de la aceptación*. Siempre que las personas se proponen *incluir* a otras en su entorno, eluden y hasta prohíben el uso de ciertos rótulos estigmatizantes, sobre todo en determinadas situaciones (p. ej., en los tribunales, los periódicos, etc.).

De esta manera, una retórica del rechazo a la que se le opone una retórica de la aceptación generada por aquella y que, a su vez, genera una nueva retórica del rechazo, y así sucesivamente, crean una dialéctica que justifica que se excluya a ciertas personas del grupo y luego se las vuelva a incluir en él. También este proceso se refleja tanto en la historia del antisemitismo europeo como en la historia del rechazo del insano.

Ya dijimos que al volver a rotular a los falsos enfermos como histéricos se dejó intactas, sin someterlas a examen, las reglas subyacentes del juego médico características de la cultura europea del siglo XIX y legitimadas por esta. En realidad, estas reglas —que no solo regían las conductas de los médicos y pacientes, sino también de los jueces, legisladores y el público en general— eran, como suele ocurrir, de dos tipos: las profesadas y las efectivamente practicadas. Las reglas profesadas consistían en que los pacientes (o sea, las personas enfermas) eran sujetos desvalidos que merecían el cuidado y la devoción de los médicos y de la sociedad en general, y que los falsos enfermos (o sea, las personas que solo

fingían estar enfermas) eran individuos malvados que merecían el castigo de los médicos y el desprecio de la sociedad. Sin embargo, las reglas efectivamente practicadas consistían en que los «buenos pacientes» (típicamente, los que sufrían de enfermedades orgánicas que podían ser diagnosticadas y curadas) merecían cuidado y devoción, en tanto que los otros (típicamente, los que sufrían de enfermedades orgánicas incurables o de «enfermedades mentales») no merecían más que sobrevivir como parias sociales.

En este contexto, todo lo que podía conseguirse convirtiendo a los falsos enfermos en histéricos era sacar a algunas personas del ámbito de los estigmatizados e incluirlas entre los menos estigmatizados o no estigmatizados. De manera análoga, todo lo que podía conseguirse convirtiendo a los judíos en cristianos era incluir a los conversos en la población general. En ninguno de los dos casos era esclarecido, criticado y repudiado el proceso de estigmatización.

Tales evasiones tácticas de un enfrentamiento real con el fenómeno de la estigmatización y rechazo sociales parecen promover movimientos en sentido contrario, destinados a «cerrar toda posible escapatoria» reexpulsando a los miembros recientemente incluidos en el grupo y restableciendo la dinámica primitiva de la estigmatización. Así pues, para cada paso dado en el sentido de la conversión hay un paso correspondiente de reconversión o desconversión.

En la historia de la psiquiatría, el proceso de reconversión adoptó la forma siguiente: poco después de que la «falsa enfermedad» o la «insania» fueran rotuladas «enfermedad mental» o «emocional», los nuevos rótulos comenzaron a ser tratados exactamente del mismo modo en que habían sido tratados antes los términos que ellos reemplazaron. Las personas que portaban el rótulo de enfermos mentales, como los judíos con determinados apellidos alemanes, volvieron a adquirir su antigua mala fama. Y así aconteció que el rótulo «enfermedad mental» (y sus variantes) adquirió los mismos significados y funciones sociales que los que tenían los términos psiquiátricos denigratorios previamente abandonados. Por cierto, en algunos escritos psiquiátricos y psicoanalíticos, términos como «histeria» o «esquizofrenia» pueden poseer cierto valor descriptivo. Mi propósito aquí no es negar esto, sino destacar que, tal como se los utiliza habitualmente, los términos de diagnóstico psiquiátrico no describen entidades nosológicas identificables sino que degradan y desvalorizan a la persona a quien le son adjudicados.[76]

Aunque esta característica del lenguaje psiquiátrico nunca ha sido hasta ahora claramente señalada, creo que sí ha sido ampliamente reconocida. ¿De qué otra manera explicar el cambio periódico de nombre de las «enfermedades» padecidas por los «pacientes mentales» y de las instituciones en que estos son «tratados»? A lo largo de los trescientos años que constituyen la comparativamente breve historia de la psiquiatría, el estado que ahora se denomina enfermedad mental ha sido sucesivamente denominado locura, insania, idiocia, demencia, demencia precoz, neurastenia, psicopatía, manía, esquizofrenia, neurosis, psiconeurosis, psicosis, fracaso del yo, pérdida del control yoico, enfermedad emocional, trastorno emocional, enfermedad psicológica, trastorno psicológico, enfermedad psiquiátrica, trastorno psiquiátrico, inmadurez, fracaso social, inadaptación social, trastorno de conducta, etc. Similarmente, la institución para recluir a tales «pacientes» ha sido llamada manicomio, asilo para lunáticos, asilo para insanos, hospital estatal, hospital neuropsiquiátrico, hospital para enfermos mentales, hospital para psicópatas, hospital psiquiátrico, establecimiento psiquiátrico, instituto psiquiátrico de investigación y capacitación, centro psiquiátrico y centro comunitario de salud mental. Como cada una de estas expresiones tiene como propósito identificar y a la vez ocultar a una persona mala (vale decir, a una persona loca, o que hace cosas locas) o a un lugar malo (vale decir, una institución en que tales personas son confinadas), ninguna de ellas puede cumplir, salvo en forma temporaria, tales funciones contradictorias. Con el uso (por lo común luego de una o dos décadas), el sentido peyorativo del término se hace cada vez más evidente y su valor como camuflaje semántico disminuye y desaparece. Se acuñan entonces nuevas expresiones psiquiátricas para designar la «enfermedad mental» y el «hospital para enfermos mentales», y el público (y por lo general también los profesionales de la medicina y la psiquiatría) queda con la impresión de que se ha hecho algún nuevo e importante descubrimiento en la materia. Cuando esos nuevos rótulos se tornan familiares, son, a su vez, descartados, y comienza a circular una nueva cosecha de palabras que suenan terapéuticas. Este proceso se ha repetido varias veces durante la pasada centuria; el último cambio tuvo lugar a comienzos de la década de 1960, momento en que los hospitales para enfermos mentales fueron rebautizados «centros comunitarios de salud mental».

VI

En la historia del antisemitismo europeo, los ciclos de conversión y reconversión, rotulación y nueva rotulación de los judíos exhiben una pauta semejante. Al adquirir apellidos alemanes, checos, húngaros y de otras nacionalidades, y al abrazar a menudo el credo cristiano, los judíos de Alemania y otros lugares de Europa central fueron incluidos en la estructura política de sus respectivas patrias, para ser luego excluidos de estas por el aparato jurídico hitlerista. Los nazis volvieron a sacar a los judíos de la categoría de personas no perseguibles y a colocarlos en la categoría de personas perseguibles a la que antes habían pertenecido. Este proceso se revirtió nuevamente en Europa luego de la guerra.

En la Alemania occidental contemporánea estamos asistiendo, por lo demás, a una curiosa mezcla de las dos modalidades retóricas que he descrito. La retórica del rechazo expresada en un vocabulario racista (la estigmatización como judío) y la expresada en el vocabulario médico (la estigmatización como enfermo mental) ya no son meramente dos lenguajes similares, con fácil traducción de uno a otro; se está produciendo, en cambio, una confluencia de ambos, y una fusión de sus vocabularios respectivos.

En un artículo titulado «La enfermedad de Alemania», aparecido en la revista *Hadassah Magazine* (publicación de la Organización Sionista Femenina de Estados Unidos), el autor, Leo Katcher, relata una entrevista mantenida con Maon Gid, judío nacido en Polonia pero que ahora reside en Munich. Al preguntársele qué tienen en común los 30.000 judíos que viven actualmente en Alemania, Gid responde: «Nos llamamos judíos y estamos todos enfermos. Nuestra enfermedad consiste en ser judíos en Alemania».[77]

Estas víctimas trágicas de los nazis no solo se rechazan a sí mismas en el idioma de la medicina y la psiquiatría, sino que rechazan a sus perseguidores en el mismo idioma. El resultado es una abjuración «medicinizada» de uno mismo y de los demás que llega al paroxismo. Dice Gid: «Me duele la cabeza. Me duele el cuerpo. Me duele el alma —si es que la tengo—. Tal es el castigo por ser un judío en este sitio. Pero me queda una venganza. Los alemanes también están enfermos. Los judíos son la enfermedad de Alemania».[78]

La depravación total de la Alemania nazi ha dado paso a la caída total en el pecado de la Alemania posterior a los nazis, pero... ¡qué ironía!, este postulado se encuadra, como

ocurrió con la justificación nazi del exterminio de los judíos europeos, en el lenguaje de la medicina, de la enfermedad. ¿Por qué se quedan esas personas en Alemania, sobre todo las que no tienen sus raíces en ese país?, pregunta Katcher. Porque, contesta Gid, «yo estoy tan enfermo como todos los demás. [...] Es la enfermedad de ser un judío en este país. Un loco es un hombre que se inventa un mundo propio, ¿no es así? Pues bien, eso es lo que estamos haciendo nosotros. [...] Ya lo descubrirá por sí mismo. [...] Pero no permanezca aquí mucho tiempo. Si lo hace, se contagiará. Les ocurre a todos los judíos».[79]

Evidentemente Katcher se «contagió», porque tal vez para aquietar las dudas que aún persistían en él acerca del procedimiento de atribuir todo ese desasosiego e infelicidad a la enfermedad, concluye su artículo así: «Durante todo el tiempo que pasé en Alemania tuve presente, cuando hablaba con los enfermos, que yo no había experimentado eso».[80]

De modo que en Alemania los judíos fueron trasformados, primero, de judíos extranjeros en patriotas alemanes, luego, de patriotas alemanes en alimañas judías, y ahora, de pueblo elegido de Dios en Sus insanos incurables.

VII

Mi tesis de que términos como «neurosis», «psicosis», «enfermedad mental» —en verdad, toda la gama de rótulos diagnósticos psiquiátricos— funcionan principalmente como monedas falsas de una retórica seudomédica del rechazo puede ser fácilmente documentada examinando su uso actual. Como ejemplo, citaré algunos pasajes de la biografía de Freud escrita por Ernest Jones. Probaré así que incluso las más brillantes y destacadas personalidades del psicoanálisis emplean rótulos psiquiátricos como una manera medicinizada y tecnificada de disfrazar la condena personal. En manos de otros individuos, este uso peyorativo de los diagnósticos psiquiátricos es todavía más frecuente y flagrante.

Como sabemos, el movimiento psicoanalítico debió soportar periódicas «disensiones» y «secesiones». Cuando Jung y Adler abandonaron el círculo freudiano, Jones se sintió herido, pero aceptó la defección de aquellos sin impugnar su salud mental. Pero las desviaciones de Rank y Ferenczi fueron demasiado para él: interpretó la lucha de estos por la indepen-

dencia como un síntoma de su enfermedad mental «subyacente».

Hacia 1923, escribe Jones, «surgió el espíritu maligno del disenso, y [. . .] el Comité, tan importante para la tranquilidad de Freud, pareció desintegrarse».[81] El Comité a que hace referencia aquí estaba compuesto por los psicoanalistas pioneros Karl Abraham, Sandor Ferenczi, Ernest Jones, Otto Rank, Hans Sachs y Max Eitingon. Era un círculo secreto, un grupo al que Freud había confiado el tesoro del psicoanálisis, y en especial su protección de los enemigos externos y de los traidores internos. Cuando se fundó el Comité, Jones tuvo la esperanza «. . . de que los seis estuviésemos convenientemente preparados para ese propósito. Pero he aqui que, como luego se demostró, solo cuatro lo estábamos. Dos de los miembros, Rank y Ferenczi, no pudieron mantenerse firmes hasta el final. Rank de la manera dramática que ahora relataremos, y Ferenczi en forma más gradual hacia el fin de su vida, desarrollaron *manifestaciones psicóticas que se pusieron de relieve*, entre otras cosas, *en un apartamiento de Freud y sus doctrinas*. Las semillas de una *psicosis destructiva*, invisibles durante tanto tiempo, habían al fin germinado» [las bastardillas son nuestras].[82] Al menos Jones es franco: declara sin ambages que para él «un apartamiento de Freud y sus doctrinas» constituye «una manifestación psicótica». Este criterio habla por sí solo, sin duda.

No cabe sorprenderse, pues, de que Jones interprete constantemente los intentos de Rank y Ferenczi por romper la dominación de Freud, no como esfuerzos legítimos para adquirir independencia personal y profesional, sino como síntomas de enfermedad mental. «Bastaron unos pocos años para que se tornara manifiesto el verdadero origen del problema [del Comité]: la declinante integración psíquica de Rank y Ferenczi».[83]

Veamos qué pruebas aporta Jones en apoyo de sus diagnósticos de Rank y Ferenczi. En 1924, mientras viajaba a Estados Unidos, Rank —nos dice Jones— solo pudo llegar hasta París, «. . . donde sufrió un grave ataque de depresión; había tenido el último de esos ataques cinco años antes». Jones cita entonces la carta de Freud a Joan Riviere, en la que dice: «Ya se habrá enterado usted de que hubo un interludio desagradable con el doctor Rank pero pese a todo fue una cosa pasajera. *Ha vuelto a nosotros totalmente* . . .» [las bastardillas son nuestras]. Por último, Jones hace alusión a que Freud «. . . sabía que Rank sufría de ciclotimia . . .»,[84] como si la

ciclotimia (descrita por Jones en una nota de pie de página como «psicosis maníaco-depresiva») fuera una enfermedad como cualquier otra. Aunque Ferenczi fue durante mucho tiempo amigo íntimo de Freud, al final no se comportó mejor. Jones cita el siguiente párrafo de la carta dirigida por Freud a Marie Bonaparte en 1932: «Ferenczi es una gota amarga en el vaso. ¡Su esposa, una mujer sensata, me ha dicho que debo considerarlo *un niño enfermo*! Tiene usted razón: la decadencia psíquica e intelectual es mucho peor que la inevitable decadencia orgánica» [las bastardillas son nuestras].[85]

Pero si Ferenczi sufría una «decadencia», ¿por qué constituía esto una «gota amarga» para Freud? Las palabras escogidas son significativas en este caso: «gota amarga» en lugar de «pesar» o «aflicción».

Lo cierto es que sobre los últimos años de Ferenczi dos cosas sabemos con certeza: primero, que sufría una anemia perniciosa, la enfermedad que lo llevó a la muerte; y segundo, que estaba desarrollando una técnica psicoterapéutica diferente de la de Freud y a la que este veía con (creo que razonable) desagrado. Ahora bien: ¿justifican estas circunstancias la tajante afirmación de Jones en el sentido de que, durante los últimos meses de vida de Ferenczi, su anemia perniciosa «indudablemente exacerbó sus *tendencias psicóticas* latentes» [las bastardillas son nuestras]?[86] ¿Qué «tendencias psicóticas»? El hecho es que en marzo de 1933, solo dos meses antes de su muerte (ocurrida en mayo de ese año) e inmediatamente después del incendio del Reichstag en Berlín, que marcó el ascenso de Hitler al poder absoluto, Ferenczi le escribió a Freud urgiéndolo a que huyera de Austria con su familia mientras aún era tiempo. Esta fue la respuesta de Freud a dicha sugerencia: «En cuanto a la razón inmediata de su carta, el *tema de la huida*, me complace poder decirle que no pienso abandonar Viena. No cuento con movilidad suficiente, y dependo demasiado de mi tratamiento [...]; por lo demás, no quiero dejar mis propiedades aquí. *Sin embargo, es probable que me quedara aun cuando estuviese en pleno vigor y juventud.* [...] No es nada seguro que Hitler se apodere también de Austria. Esto es posible, sin duda, pero *todo el mundo piensa* que no llegará aquí a la brutalidad extrema que alcanzó en Alemania. No corro peligro en lo personal...» [las bastardillas son nuestras].[87]

¡Qué ironía! Tratándose de la sexualidad infantil, el significado de los sueños o el valor «científico» del psicoanálisis,

Freud demostraba un justo desprecio por lo que «todo el mundo piensa»; pero al replicar a una carta de su «iluso» ex amigo, menciona lo que «todo el mundo piensa» como prueba última de la «realidad». Mucho antes de Freud, la sabiduría tradicional ya nos había puesto sobre alerta acerca de la forma en que las emociones y prejuicios enturbian nuestro entendimiento. Freud insistió en esta advertencia, sustentándola con notables pruebas en cuanto a la influencia del «inconsciente» sobre creencias y acciones. Empero, esta advertencia era harto moderada: las emociones y prejuicios no solo *enturbian* nuestro entendimiento: a menudo lo *moldean*. Así, la sensata opinión de Ferenczi respecto del problema vital del peligro nazi en 1933 no logra causar una impresión favorable en Jones, quien desdeña el sagaz consejo de Ferenczi a Freud agregando en tono condescendiente: «... con nuestra visión retrospectiva de las cosas, debemos admitir que había algo de método en su locura».[88] Con *nuestra* visión retrospectiva de las cosas, me atrevo a sostener que este es un comentario repulsivo, que muestra la bancarrota intelectual y moral de la nosología psicoanalítica.
Como vemos, aun en manos de Jones, el asesinato psicoanalítico del carácter puede ser muy grosero. Cuando Ferenczi muestra un pobre discernimiento, ello es síntoma de sus «tendencias psicóticas»; cuando su discernimiento es bueno, es «el método de su locura».

VIII

Quienes practican el psicodiagnóstico no solo establecen con caprichosa arbitrariedad quién es psicótico, sino también quién es normal. Es así que Freud, Jones y otros psicoanalistas tildan de «enfermos mentales» a aquellos a quienes desean condenar, y de «individuos mentalmente sanos» a aquellos a quienes desean alabar. El episodio de Frink ejemplifica dramáticamente de qué manera el prejuicio personal de Freud *en favor* de un psiquiatra moldeaba su diagnóstico.
H. W. Frink era una psiquiatra de Nueva York que antes de su análisis con Freud había tenido una conducta social desordenada y que «atravesó una fase psicótica» durante el análisis.[89] Aunque conforme a los criterios del «sentido común» Frink era mucho más anormal que Rank y Ferenczi, Freud estimaba que poseía una excelente salud mental. «Ese

año [1923] —narra Jones— Freud sufrió una aguda *desilusión* personal, solo superada por la que tuvo con respecto a Rank. Frink, de Nueva York, había retomado su análisis en Viena en abril de 1922, continuándolo hasta febrero de 1923, y Freud se había formado la más alta opinión de él. Sostenía que era de lejos el más capaz de los norteamericanos con que se había cruzado, y el único del cual esperaba algo por las dotes que poseía. Frink había atravesado una *fase psicótica* durante su análisis —en verdad, debió ser atendido cierto tiempo por un enfermero—, pero Freud consideraba que la había superado muy bien, y confiaba en que se convertiría en el analista más importante de Estados Unidos. Por desgracia, al retornar a Nueva York Frink tuvo desplantes muy arrogantes con los otros analistas, en particular con Brill, diciéndoles a todos que eran muy anticuados. El segundo matrimonio de Frink, que había provocado tanto escándalo y en el cual se habían depositado tantas esperanzas de felicidad, demostró ser un fracaso, y su esposa había iniciado juicio de divorcio. Esto, sumado a las disputas mencionadas, debe haber precipitado otro ataque. Frink me escribió en noviembre de 1923 diciéndome que por motivos de salud había tenido que dejar su trabajo en la *Journal* y también sus pacientes privados. El verano siguiente fue internado en el Phipps Psychiatric Institute, *y nunca recobró la salud.* Murió en el Chapel Hill Mental Hospital de Carolina del Norte unos diez años más tarde» [las bastardillas son nuestras].[90]

Que la recurrencia de la «enfermedad» de Frink haya sorprendido a Freud es desconcertante, máxime teniendo en cuenta que Freud y los primeros freudianos consideraban a las «psicosis» como enfermedades mentales incurables. Lo que ocurre es que Frink no podía ser *realmente* «psicótico» en la medida en que era «el más capaz de los norteamericanos, [del cual Freud] esperaba algo por las dotes que poseía». Esa *expectativa* le bastaba para juzgarlo sano, así como su *desilusión* con Rank y Ferenczi le bastó para juzgarlos insanos.

El caso Frink ilustra los problemas típicos que se presentaron en lo sucesivo en el curso de la formación psicoanalítica y que son hoy tan comunes. Los analistas didactas se inclinan a ver pruebas de salud mental en los candidatos que provocan su simpatía y a quienes estiman dignos discípulos, mientras que es probable que a los candidatos que provocan su antipatía o con quienes discrepan los encuentren mentalmente enfermos y les exijan prolongados y repetidos tratamientos analíticos.[91]

Los criterios por los que se rige el ingreso a los institutos psicoanalíticos son un buen ejemplo. Eisendorfer, quien fue por muchos años presidente del comité para la selección de candidatos a ingresar en el Instituto Psicoanalítico de Nueva York, declara: «Factores tales como una psicopatología manifiesta, perversiones, homosexualidad y actuación psicopática antisocial eliminan al candidato en forma automática»;[92] y apenas un párrafo más adelante, observa: «No es raro que un número considerable de candidatos (alrededor del diez por ciento) presenten una *fachada* de normalidad. [...] Con suma frecuencia, la obstinada determinación de presentarse como una persona normal encubre una patología crónica».[93] Aparentemente, Eisendorfer no considera que estos dos requisitos —a saber, no presentar ninguna psicopatología manifiesta, por un lado, y no presentar una fachada de normalidad, por el otro— sean contradictorios.
Eisendorfer sostiene que los candidatos a quienes se diagnosticó «perversiones» o «psicopatología manifiesta» son automáticamente excluidos del ingreso a la institución, pero no nos dice qué definición de perversión o de psicopatología se utiliza. Esta puede ser una medida conveniente para el comité de ingreso, pero no nos da ningún indicio en cuanto a los procedimientos reales aplicados. Así pues, las afirmaciones de Eisendorfer ilustran que las organizaciones de formación psicoanalítica emplean la noción de psicopatología y el proceso psiquiátrico de rotulación diagnóstica para promover sus propios fines particulares, más que para comunicar observaciones verificables.
Queda claro, entonces, que en casi todas las situaciones (excepto las que se presentan en una relación psicoterapéutica totalmente confidencial y privada) los diagnósticos psiquiátricos no funcionan de la misma manera que los diagnósticos médicos: mientras que estos identifican enfermedades para permitir a los médicos tratar a los pacientes afectados, aquellos identifican individuos estigmatizados para permitir a otros individuos o grupos maltratar a las víctimas.

IX

Los cambios de nombre y la reclasificación han desempeñado un papel protagónico en el desarrollo, la teoría y la práctica de la psiquiatría. La desviación social, retitulada «en-

fermedad mental», pasó a ser objeto de estudio de la psiquiatría; los parias sociales y otros individuos incompetentes, perturbados, oprimidos y perseguidos, retitulados «neuróticos» y «psicóticos», pasaron a ser los «pacientes» que supuestamente debían ser «tratados» por «médicos» psiquiatras; y los doctores que asumieron la tarea de controlar verbal o físicamente a los individuos perturbados, retitulados «psiquiatras», pasaron a ser los acreditados expertos científicos en el diagnóstico y tratamiento de las «enfermedades mentales». Casi todo esto es pura charlatanería.

Lo cual no significa que los psiquiatras y psicoanalistas no posean conocimientos y habilidades especiales. Las poseen. Solo que su competencia se relaciona con la esfera de la conducta personal y del control social, no de la enfermedad orgánica y del tratamiento médico. En síntesis, lo que aquí sostengo no es que la psiquiatría y el psicoanálisis sean disciplinas carentes de una teoría y una tecnología útiles para ciertas personas en ciertas circunstancias, sino que han adquirido su poder y prestigio sociales debido en gran medida a su engañosa asociación con los principios y la práctica de la medicina.

Creo que para dar sólidos fundamentos científicos a la psiquiatría se hace imperativo ahora reformular sus teorías y práctica en un marco y un lenguaje morales y psicosociales. Con ello se destacarán las diferencias, antes que las similitudes, entre el hombre social y el hombre biológico. También se abandonarán las pertinaces tentativas de convertir a los psiquiatras y psicólogos en médicos y físicos. Por su parte, estas personas tampoco tendrán ya necesidad de aspirar a cumplir esos roles.[94]

Sabemos que un individuo únicamente puede asegurar su integridad personal mediante el reconocimiento franco de sus orígenes históricos y una evaluación correcta de las características y potencialidades que le son propias. Lo mismo es válido para una profesión o una ciencia. La psiquiatría no podrá lograr su integridad profesional imitando a la medicina ni su integridad científica imitando a la física. Unicamente podrá lograr esa integridad —y por ende, que se la respete como profesión y se la reconozca como ciencia— mediante un enfrentamiento valiente con sus orígenes históricos y una evaluación honesta de sus auténticas características y potencialidades.

5. La salud mental como ideología*

I

Se ha argumentado convincentemente — lo hace en especial el profesor Daniel Bell [95]— que desde el término de la Segunda Guerra Mundial las ideas políticas han perdido su capacidad de influir sobre la sociedad norteamericana. Bell ha denominado a este fenómeno «el fin de la ideología». Si por ideología entendemos ideología política, esta opinión es correcta en lo esencial. En Estados Unidos, las doctrinas políticas (ya sean democráticas, socialistas o comunistas; liberales, conservadoras o de cualquier otra especie) tienen escaso efecto permanente sobre la conducta cotidiana de la gente.
Pero por cuanto la ideología ha sido definida como «la conversión de las ideas en móviles sociales»,[96] no podemos concluir que, puesto que está muerta la ideología política, hemos llegado al fin de todas las ideologías. En verdad, no es preciso que miremos muy lejos para encontrar otro tipo de ideología, a saber, la psiquiatría, o la ideología de la salud y la enfermedad mental. Aunque originalmente fue solo una ideología profesional, hoy extiende sus alcances y efectos virtualmente a todos los aspectos de la sociedad.
¿Qué pruebas abonan este punto de vista? Y, en caso de ser válido, ¿cómo se produjo esto? Para responder a estas preguntas, comencemos por echar una rápida mirada a los antecedentes históricos del asunto.

II

Con anterioridad a Freud, la psiquiatría era una rama mal definida de la medicina, que no ejercía ninguna influencia significativa en la cultura de la época. Freud modificó esta situación. Creó un método de investigación, expuso cierto

tema y los denominó «psicoanálisis». Esta disciplina se basaba mucho tanto en las ciencias naturales *(Naturwissenschaften)* como en las ciencias del espíritu *(Geisteswissenschaften)*. Trasformó a la psiquiatría, particularmente en Estados Unidos, de una actividad puramente médica en una actividad psicológica y social. En el proceso, la psiquiatría se convirtió en una ideología popular, siendo sus símbolos principales «la salud y la enfermedad mental».

Freud no intentaba crear una ideología psiquiátrica. Se autoconsideraba un estudioso de la psicología profunda, esto es, del inconsciente, fundamento demasiado abstruso para cualquier ideología. Aunque utilizó ocasionalmente términos diagnósticos de la psiquiatría, rechazó como carentes de valor científico los problemas planteados por las nociones de salud y enfermedad mental. Los mismos problemas que Freud dejó de lado se han convertido, según veremos luego, en las piedras angulares de la moderna ideología psiquiátrica. Veamos antes algunas opiniones pertinentes de Freud.

Una de las mejores fuentes en cuanto a las ideas de Freud sobre la salud y la enfermedad mental es el libro de Joseph Wortis, *Fragments of an analysis with Freud*. Al joven Wortis evidentemente este problema lo perturbaba mucho, y, en su análisis, buscaba respuestas en Freud:

«"Una conducta inusual no es necesariamente neurótica", dijo Freud. "Muchos dan por sentado", agregué yo [Wortis], "que los homosexuales son neuróticos, aunque si la sociedad los tolerara serían perfectamente capaces quizá de llevar una vida tranquila y feliz".

»"Ningún psicoanalista ha dicho jamás que los homosexuales no puedan ser personas perfectamente decentes", dijo Freud. "El psicoanálisis no se ocupa de juzgar a la gente, en ningún caso"».[97]

Más adelante, Freud añadió que los psicoanalistas solo deberían tratar a aquellos homosexuales que desean cambiar.

Una y otra vez Wortis planteó la cuestión de la salud y la enfermedad mental, y todo lo que consiguió fue que Freud desechara el problema cada vez con mayor énfasis:

«"No nos preocupan esos problemas", dijo Freud. "No entiendo cómo a usted pueden interesarle esos problemas puramente convencionales (*rein konventionelle Probleme*), qué es y qué no es una neurosis, qué es o no patológico . . . puras

palabras... peleas acerca de palabras... Lo que a usted debe preocuparle es aprender algo sobre usted mismo"».[98]

Semanas más tarde, Wortis volvió a presentar el problema de la salud mental. Esta vez Freud se explayó más:

«"La salud es un concepto práctico puramente convencional", dijo él [Freud], "y no tiene ningún significado científico real. Significa simplemente que una persona anda bien; no significa que esa persona tenga algún mérito en especial. Hay personas 'sanas' que no tienen mérito alguno, y hay en cambio personas 'enfermas', neuróticas, que son en verdad individuos muy meritorios *(wertvoll)*".
»"¿Esa 'salud' se corresponde con el estado de una persona luego de haber terminado con éxito su análisis?", le pregunté.
»"En cierto modo sí", me replicó. "El análisis enriquece al individuo, pero este pierde algo de su Ego, de su *Ich*. No siempre puede valer la pena". (No estoy seguro de haber registrado correctamente esta última afirmación.)».[99]

Resulta claro, pues, que en su consultorio Freud no intentaba utilizar los diagnósticos psiquiátricos como epítetos peyorativos. Sin embargo, en sus escritos recurrió a tales diagnósticos como un medio de innoble rotulación... pese a sus sinceras protestas en sentido contrario.[100]
El impacto del psicoanálisis en la sociedad norteamericana generó una difundida ideología seudomédica. Sobre las causas probables de esta evolución, no puedo ofrecer otra cosa que especulaciones: la tradicional ética social americana, que es una combinación de racionalismo pragmático y de puritanismo protestante; una profesión médica que posee un alto status económico y social; una psiquiatría ambivalente, más que simplemente hostil, con respecto al psicoanálisis, y una cultura cosmopolita, carente de normas éticas estables, que persigue valores científico-seculares y de clase media. Pero sea cuales fueren las causas, el resultado era obvio: «Mal que nos pese, debemos admitir», escribió Erik Erikson «que al mismo tiempo que tratábamos de crear, con determinismo científico, una terapia para una minoría, fuimos llevados a promover una enfermedad ética entre la mayoría».[101] La «enfermedad ética» a la que Erikson se refiere es parte integrante de lo que yo denomino la ideología psiquiátrica.

III

Suele afirmarse que es muy peligroso tratar de examinar la ideología del grupo al cual se pertenece. Refiriéndose a la ideología del Occidente democrático en contraste con la de Rusia y China comunista, Erikson comentaba: «... nuestra propia ideología, tal como debe ser, nos impide cuestionar y analizar jamás la estructura de lo que consideramos verdadero, pues solo de ese modo podemos mantener la ficción de que hemos elegido creer aquello que no teníamos más alternativa que creer, so pena de ostracismo o insania».[102]

Por riesgoso que sea el examen de las ideologías religiosas y políticas, creo, tal vez ingenuamente, que el examen de una ideología profesional —que no tiene enemigos externos a los cuales apuntar, como los comunistas o los capitalistas— es algo menos peligroso. De todos modos, eso es lo que vengo intentando hacer desde hace algún tiempo.

¿Cuál es, entonces, la ideología contemporánea de la salud mental en Estados Unidos? He aquí la respuesta: es la tradicional ideología psiquiátrica, remozada con algunas nuevas palabras, simplificada para el consumo general y suscrita por las profesiones dedicadas al arte de curar, los legisladores, los tribunales, las Iglesias, etc., estableciendo así una especie de consenso general que se presenta como el liso y llano sentido común.

Así como Dios y el demonio eran los símbolos principales de la ideología de la teología medieval, la salud y la enfermedad mental son los símbolos principales de la actual ideología psiquiátrica.

La dicotomía del bien y del mal ha sido ahora reemplazada por la de la salud y la enfermedad mental. De esta manera, tenemos antinomias típicas como estas: el movimiento de la salud mental versus el movimiento en contra de la salud mental; psiquiatras que desean curar y ayudar versus pacientes mentales que se niegan a ser tratados; personas que son delincuentes porque están enfermas versus infractores que eligen ser malos; y así sucesivamente. Más concretamente, la ideología de la salud y la enfermedad mental no solo sirve para explicar todo tipo de enigmas sino que también indica qué camino debe seguirse para su solución.[103]

Para comprobar qué servicio presta al hombre moderno la ideología psiquiátrica, veamos primero qué servicio prestaba a Lutero la ideología cristiana. «Cuando durante una boda a alguien se le caía el anillo» —escribe Erikson— él [Lutero]

conminaba en voz alta al demonio para que se retirara de la ceremonia. Si se sentía perturbado, con frecuencia le bastaba reconocer que era obra del demonio para quedar satisfecho e irse a dormir con un aire de desdén. Cada época tiene sus propias interpretaciones, que parecen hacerse cargo de nuestras interferencias subjetivas con los planes que trazamos y con nuestra autoestima».[104]

Por supuesto, hoy «sabemos» que estos síntomas de Lutero, y muchos otros que, según se nos dice, tenía, significan que estaba mentalmente enfermo. Si es así, estaba en buena compañía: los psiquiatras han declarado que también Jesús de Nazaret era mentalmente enfermo.[105]

IV

Quisiera ilustrar ahora cómo funciona diariamente, en la actualidad, la ideología psiquiátrica, y en particular su vasta influencia y la comparativa escasez de escepticismo significativo acerca de sus explicaciones y de las curas que ofrece.

No hace muchos años, los periódicos daban consejos a los que sufrían del mal de amores. Hoy, los dan a los que sufren una enfermedad mental, o, con más frecuencia, a personas preocupadas por amigos o parientes que sufren una enfermedad mental pero no lo saben. He aquí algunos ejemplos típicos:

«*Querida Ann Landers*:

»¿Podrá usted salvar este matrimonio? Mi esposa se ha hecho amiga de una mujer que por su reputación no vale un cobre. Ya ha tenido tres o cuatro maridos, no lo sé muy bien.

»Esta mujer hizo que mi esposa se interesara en los torneos mixtos de bowling. Tres veces por semana, como mínimo, salen juntas y vuelven a las dos de la mañana, e incluso más tarde. El mes pasado se fueron a pasar dos días enteros a Toledo en una gira. La semana próxima piensan viajar a Columbus.

»Ayer le telefonée a esa mujer y le dije que dejara a mi esposa tranquila. Me respondió en un lenguaje muy condimentado, diciéndome que mi esposa es bastante grandecita como para elegir sus amigos.

»Tenemos dos hijos, que ya están comenzando a preguntarse qué está ocurriendo. La casa está hecha un desastre, y yo

he tenido que hacer la comida para mí y para mis hijos más veces de las que puedo soportar. Por favor, aconséjeme.

El sobrante

»*Estimado sobrante*:

»Esa mujer tiene razón cuando dice que su esposa es bastante grande como para elegir sus amigos. Y si *eso* es lo que ha elegido, no merece tener un hogar respetable, esposo e hijos.

»Dígale a su esposa que lo acompañe a ver a un consejero matrimonial o a un sacerdote, para discutir el problema. Algo anda mal, o ella no andaría saliendo por ahí».[106]

Ann Landers no solo descubre enfermedades mentales casi todos los días, sino que recomienda como remedio ayuda psiquiátrica (o parapsiquiátrica). Una mujer le escribe diciéndole que a su marido «le gusta infringir las reglas». «Si hay un letrero que dice "No fumar"» —escribe la esposa—, «prende de inmediato un cigarrillo. "No pisar el césped" es para él una invitación. Lo he visto pasar por encima del cartel y pisotear el césped recién plantado por el solo placer que eso le produce». Finaliza la carta rogando: «Por favor, dígame por qué él es así y qué puedo hacer al respecto», y firma: «Casada con un zafado». Ann Landers diagnostica: «El "zafado" tiene problemas emocionales que se remontan a muchos años atrás. [...] Necesita ayuda profesional».[107]
En suma, la columnista define toda conducta impropia, perturbadora o inusual como característica de la enfermedad mental, y recomienda para ella tratamiento psiquiátrico (o algún otro tratamiento «profesional» semejante). Este evangelio laico es creído al pie de la letra por los fieles, anhelantes de una ideología adecuadamente «científica»: «Soy absoluta y completamente normal, y deseo seguir siéndolo», exclama Melissa Babish, una señorita de 16 años, luego de ser proclamada la nueva Miss Adolescente de Estados Unidos.[108]
Además, difundir la fe en la salud mental se considera hoy una actividad apropiada, en verdad meritoria, para cualquier grupo. Así, no solo los profesionales de la psiquiatría y otros campos conexos, los periódicos y otros medios de comunicación, sino también los tribunales y legisladores, están imbuidos de la ideología de la salud y la enfermedad mental y la trasmiten. Por ejemplo, cuando en 1954 el Tribunal de Apelaciones del Distrito de Columbia dio a conocer su decisión en el caso Durham, la cual rezaba que «... un acusado no es responsable del delito si su acto ilegal fue produc-

to de una enfermedad o defecto mental»,[109] el tribunal estaba decretando que todo psiquiatra podía hacer lo que según Freud no podía, a saber, decidir quién está y quién no está mentalmente enfermo.

Desde luego, la cuestión no reside en que es una determinación excepcionalmente difícil de tomar, sino más bien en que no está claro qué es lo que debe determinarse, pues la enfermedad mental aún no ha sido definida. Los tribunales se rehúsan a hacerlo. Los psiquiatras y psicólogos dicen que no pueden definirla —o bien la definen tan ampliamente que todos podrían ser incluidos en el diagnóstico—. Pese a todo, los juristas confían en ubicar a ciertos hombres en la categoría de los mentalmente sanos y a otros en la categoría de los mentalmente enfermos; y psiquiatras y psicólogos aceptan estas categorías y emiten prestamente opiniones profesionales que las trasforman en realidades sociales.

Dentro del marco de la ideología cristiana medieval uno no podía estar nunca seguro de que el demonio no anduviera rondando por ahí: podía estar en cualquier parte, influir en las acciones de cualquiera. Lo mismo sucede con la enfermedad mental. Dentro del marco de la moderna ideología psiquiátrica, uno nunca puede estar seguro de que una persona *no* sea mentalmente enferma. Esta incertidumbre es la consecuencia inevitable de la carencia de una definición clara y verificable de enfermedad mental.

Si hubiera una definición precisa de enfermedad mental, es posible que no se le pidiera a ningún psiquiatra o psicólogo diagnosticarla: tal vez lo podría hacer cualquier persona inteligente. Pero como la enfermedad mental no ha sido definida, la persona que tiene la responsabilidad social de determinarla se ve solicitada en la práctica, no a constatar hechos, sino a crear una definición y a ejercer un control social.

Los ejemplos huelgan: los encontramos por todas partes. Considérese, verbigracia, el caso de la señorita Suzanne Clift, que en 1962 asesinó a sangre fría a su amante, hecho que fue muy publicitado. Ella admitió haber cometido el homicidio, y en verdad nadie osó contradecirla. Resolución del juez: concederle libertad bajo fianza durante diez años, «con la condición de que acepte voluntariamente ser internada en el Centro de Salud Mental de Massachussetts para su tratamiento».[110] Si alguien pretende cuestionar el significado del adverbio «voluntariamente» o el tipo de trastorno por el cual fue «tratada» será visto como un necio o un presuntuoso.

En el marco de la ideología psiquiátrica, los interrogantes en-

cuentran fácil respuesta. La señorita Clift es una «paciente mental»; por ende, no conoce cuál es su propio arbitrio ni puede controlarlo de manera adecuada. Solicitará, entonces, tratamiento voluntariamente, porque aquí la palabra «voluntariamente» no significa «por propia decisión» sino «en una forma que le sea beneficiosa». Resistirse a aceptar estas respuestas se considera presuntuoso, no solo porque ese escepticismo cuestiona el juicio de los expertos en un caso particular, sino porque socava un punto de vista profesional y socialmente aceptado.

El actual diálogo social entre los jueces (y legisladores), por un lado, y los psiquiatras (y psicólogos), por el otro, puede parafrasearse así: Los juristas declaran: «Hay dos tipos de delincuentes, unos mentalmente sanos, otros mentalmente enfermos. Solo ustedes, los psiquiatras (y psicólogos) pueden determinar quiénes pertenecen a cada una de esas categorías. Deben colaborar con nosotros y la sociedad cumpliendo esta importante obligación profesional». Los psiquiatras replican: «Por supuesto, trataremos de cumplir esta importante responsabilidad social lo mejor que podamos».

La ideología psiquiátrica ofrece abundantes recompensas a los expertos en salud mental que se muestran dispuestos a participar en este juego. En realidad, ¿por qué habrían de ponerse a examinar las reglas del juego los auténticos creyentes en la ideología, o, peor aún, por qué habrían de negarse a jugarlo? Los fieles nada tendrían que ganar y mucho que perder: si agitan demasiado el bote en que ellos mismos son pasajeros en precario equilibrio, no conseguirán otra cosa que aumentar el riesgo de ser arrojados al mar embravecido de la anomia conceptual y la inseguridad económica.

V

Toda ideología enfrenta al individuo con un penoso dilema: ¿cuál será su actitud ante aquella? ¿Será un ideólogo fiel o un pensador crítico?

El profesional de la salud mental que resuelve ser un miembro leal de su profesión abrazará, entonces, la ideología de la salud mental: la enseñará, la aplicará, la perfeccionará, la difundirá tanto como le sea posible, y, sobre todo, la defenderá contra quienes la atacan. El que resuelve ser un pensador crítico, en cambio, someterá la ideología a examen: la

analizará, la estudiará en sus aspectos históricos, lógicos y sociológicos, la criticará y, por consiguiente, socavará sus fundamentos en cuanto ideología.

Estas dos posiciones siempre han sido hostiles entre sí, por razones que están en la base misma tanto de la ideología cuanto de la ciencia, y que el profesor Daniel Bell expuso recientemente en forma sucinta en una alocución: «Una comunidad científica» —dijo— «tiene sus propias normas, sus criterios de investigación, una serie de principios comunes para la verificación, y, fundamentalmente, un compromiso con el conocimiento que no puede ser deformado por lealtades mezquinas. En este sentido, existe un conflicto intrínseco entre la ciencia y la ideología, en detrimento de esta última».[111]

Sin embargo, dicho conflicto también podría operar en detrimento de la ciencia. En lo que atañe a las profesiones vinculadas con la salud mental, tal es a mi juicio lo que ha sucedido.

A comienzos de este siglo, Freud echó los cimientos para un estudio humanitario del hombre dentro de la psiquiatría. Para él y sus primeros colegas, no se trataba de estudiar al hombre como un objeto cuyo valor se mide por su utilidad social y cuya conducta puede ser manipulada por su prójimo supuestamente en bien de la sociedad. Por el contrario, se trataba de estudiarlo como sujeto, como ser consciente cuyo concepto de sí mismo jamás debía subordinarse a su imagen social y cuya conducta debía estar gobernada por su propio yo, no por terapeutas benévolos.

Era un programa de indagación científico-humanista de alto vuelo, cuyo contenido y cuyo gran éxito inicial se apoyó, en gran parte, en tres admoniciones. Aunque Freud nunca las enunció claramente, merecen que lo hagamos aquí: 1) la salud o enfermedad mental de una persona es algo establecido por convención; 2) las cuestiones referentes a la salud o enfermedad mental no merecen que se les preste seria atención científica, y, en todo caso, 3) los psicoanalistas deben tratar pura y exclusivamente a las personas que quieren ser tratadas.

Si he enunciado en forma tan descarnada estas admoniciones es porque hoy son honradas con el desprecio. Aunque el psicoanálisis comenzó siendo una crítica de la ideología psiquiátrica, pronto fue absorbido por esta y ahora le suministra —sobre todo en Estados Unidos— las principales imágenes y la retórica que le sirven de justificación. Así pues, rechazar

1) la validez de los conceptos de salud y enfermedad mental, 2) la política de restringir a los médicos la práctica de la psicoterapia y el psicoanálisis, y 3) la legitimidad de someter a la gente a internación y «tratamiento» involuntarios en hospitales neuropsiquiátricos, se han convertido en las señales distintivas de la herejía psiquiátrica.

6. Qué puede hacer y qué no puede hacer la psiquiatría*

I

La psiquiatría se encuentra hoy en la curiosa situación de ser vista simultáneamente con reverencia exagerada y con indebido menosprecio. En verdad, es posible dividir de manera aproximada a los norteamericanos que piensan en dos categorías: los que desechan todas las formas de actividad psiquiátrica, considerándolas inútiles o dañinas, y los que ven en ellas la panacea para terminar con el crimen, la infelicidad, el fanatismo político, la promiscuidad sexual, la delincuencia juvenil y prácticamente cualquier otro mal moral, personal y social de nuestro tiempo.

Los adherentes a este credo exagerado componen, a mi entender, el grupo más amplio y por cierto más influyente entre los que modelan la política social contemporánea. Son ellos los que baten los parches en favor de programas de salud mental de gran envergadura, y los que utilizan el prestigio de un enorme sistema psiquiátrico como un manto de ilusión para ocultar algunas realidades desagradables que preferimos no enfrentar. Así, cuando leemos en los periódicos que el alcohólico, el vándalo o el violador de mujeres necesita «atención psiquiátrica» o que esta le será suministrada, experimentamos la tranquilidad de saber que el problema se está resolviendo o, por lo menos, se está abordando de manera eficaz, y lo olvidamos.

Afirmo que no tenemos ningún derecho a esta fácil absolución de responsabilidades. Al decir esto no es mi intención, como psiquiatra, desmerecer la ayuda que mi profesión puede prestar a ciertos individuos perturbados. Desde la época anterior a Freud, en que la psiquiatría era una actividad de custodia exclusivamente, hemos hecho progresos significativos.

Sin embargo, nuestra renuencia a reconocer las diferencias entre la medicina y la psiquiatría —o sea, entre la desviación respecto de normas biológicas que habitualmente lla-

mamos «enfermedad», y la desviación respecto de normas psicológicas o sociales que habitualmente llamamos «enfermedad mental»— ha permitido que se popularizaran estos clisés simplistas de la actual propaganda en pro de la salud mental. Uno de ellos es el engañoso *slogan* de que «la enfermedad mental es como cualquier òtra enfermedad». Esto no es cierto; los problemas psiquiátricos y médicos son fundamentalmente distintos. Al curar una enfermedad como la sífilis o la neumonía, el médico beneficia tanto al paciente como a la sociedad. ¿Puede sostener lo mismo el psiquiatra que cura una «neurosis»? Con frecuencia no, pues en la «enfermedad mental» encontramos un individuo que está en conflicto con quienes lo rodean —su familia, sus amigos, su jefe, quizá la sociedad entera—. ¿Cuál es nuestra expectativa: que el psiquiatra ayude al individuo o a la sociedad? Si los intereses de ambos son antagónicos, como a menudo sucede, el psiquiatra sólo puede ayudar a uno de ellos perjudicando al otro.

II

Tomemos el caso de un hombre a quien llamaré Victor Clauson. Se trata de un joven ejecutivo con un futuro promisorio, una esposa que lo ama y dos hijos sanos y robustos. Pese a todo ello, se siente angustiado e infeliz. Su trabajo lo aburre, y piensa que destruye su poder de iniciativa y su integridad personal; también está insatisfecho con su mujer, y plenamente convencido de que jamás la ha amado. Viéndose a sí mismo como un esclavo de su empresa, su mujer y sus hijos, Clauson advierte que ya no es capaz de controlar su propia conducta.

¿Está este hombre «enfermo»? Y en caso afirmativo, ¿qué puede hacerse al respecto? Se le abren por lo menos media docena de alternativas: sumergirse en su trabajo actual, o cambiar de empleo, o tener un asunto amoroso, o divorciarse; o tal vez desarrolle algún síntoma psicosomático, como dolores de cabeza, y consulte a un médico; o quizá consulte a un psicoterapeuta. ¿Cuál de estas alternativas es la correcta para él? La respuesta no es sencilla.

Porque, en realidad, tanto el trabajo duro como un asunto amoroso, el divorcio o un nuevo empleo pueden «ayudarlo»; y también la psicoterapia. Pero el «tratamiento» no puede

modificar su situación social, su situación externa: sólo él puede hacerlo. Lo que sí puede ofrecerle el psicoanálisis (y algunas otras terapias) es un mejor conocimiento de sí mismo, que le permita hacer mejores elecciones en su vida.
¿Está Clauson «mentalmente enfermo»? Si así lo rotulamos, ¿de qué hay que curarlo? ¿De la infelicidad? ¿De la indecisión? ¿De las consecuencias de algunas de sus poco sensatas resoluciones anteriores?
En mi opinión, estos son problemas de la vida, no enfermedades. Y en general son estos los problemas que se traen al consultorio del psiquiatra. Para remediarlos, él no ofrece tratamiento o curación, sino asesoramiento psicológico. Para que este proceso sirva de algo se requiere que el cliente consienta y coopere. De hecho, no hay forma de «ayudar» a un individuo que no desea ser un paciente psiquiátrico. Cuando a una persona se le impone un tratamiento, inevitablemente ve en él algo que no sirve sus propios intereses sino los de quienes lo llevaron al psiquiatra (y que a menudo son los que le pagan).
Veamos ahora el caso de una anciana viuda a quien llamaré Rachel Abelson. Su marido, un brillante hombre de negocios, había muerto hacía cinco años dejando parte de su fortuna de cuatro millones de dólares a sus hijos y nietos, parte a obras de beneficencia, y una tercera parte a su esposa. La señora Abelson fue siempre una mujer frugal, cuya vida giró en torno de su marido. Al morir este, sin embargo, ella cambió, y resolvió distribuir el dinero que le había quedado entre su hermana viuda, instituciones de beneficencia y, por último, parientes lejanos que residían en el extranjero.
Luego de unos años, los hijos de la señora Abelson le recriminaron su conducta, diciéndole que debía preocuparse más por sí misma en vez de vilipendiar su dinero en personas que durante mucho tiempo se arreglaron solas. Pero la señora Abelson continuó haciendo lo que estimaba «correcto». Sus hijos eran ricos, y ella disfrutaba ayudando a los demás. Finalmente, los hijos consultaron al abogado de la familia, quien estaba tan consternado como ellos ante la perspectiva de que la señora Abelson pudiera disipar (de esa manera) todos los fondos que manejaba. Argumentaba, como los hijos, que si el señor Abelson hubiera querido ayudar a las hijas menesterosas de su primo tercero, residentes en Rumania, lo podría haber hecho; y sin embargo no lo hizo nunca. Convencidos de que debían ser fieles a los propósitos de su

padre y conservar el dinero en la familia, los hijos elevaron una petición para que su madre fuera declarada mentalmente incapaz de manejar sus propios asuntos. Así se hizo. La señora no tuvo consuelo después de esto. Sus amargas acusaciones y las dolorosas escenas a que ellas condujeron no hicieron más que ratificar a sus hijos que realmente era anormal desde el punto de vista psicológico.

Cuando ella se negó a internarse en un sanatorio privado, fue obligada a hacerlo por orden judicial. Dos años más tarde falleció, y su testamento, en el que dejaba la mayor parte de sus bienes a parientes lejanos, fue fácilmente desechado con argumentos psiquiátricos.

Como a millares de otros pacientes mentales involuntarios, a la señora Abelson se le brindó atención psiquiátrica en la esperanza de modificar una conducta lesiva para otros. ¿En qué consistía, realmente, su enfermedad? ¿En gastar su dinero de manera poco prudente? ¿En desheredar a sus hijos? De hecho, recurriendo a la psiquiatría sus hijos encontraron una solución socialmente aceptable para el dilema de ellos, pero no para el dilema de la señora Abelson. Los hospitales neuropsiquiátricos estatales desempeñan una función análoga, en un grado que provoca espanto, para los miembros menos pudientes de nuestra sociedad.

Citaré, de un enorme número de casos comparables, el de un hombre a quien llamaremos Tim Kelleher, que trabajó sin descanso como camionero durante cuarenta años para mantener a su mujer y a sus nueve hijos. Cuando Kelleher tuvo un poco más de sesenta años comenzó a resultarle difícil encontrar empleo; ahora tiene cerca de ochenta y hace más de diez que no trabaja. Desde que murió su mujer, unos cuantos años atrás, ha vivido por temporadas con uno u otro de sus hijos.

Durante cuatro años se ocupó de él su hija Kathleen, madre a su vez de cuatro niños. El viejo se ha vuelto cada vez más senil y se ha convertido en una carga tal que el marido de Kathleen quiere trasferir la responsabilidad de su cuidado a los otros hijos de aquel, pero todos sostienen que ya han hecho lo suyo.

El futuro de Kelleher depende de lo que sus hijos quieran hacer con él; tal vez haya alguno que todavía quiera tenerlo junto a él, pero, de lo contrario, será internado en un hospital neuropsiquiátrico estatal. Se le diagnosticará «psicosis senil» o algo por el estilo. Más de una tercera parte de los internados en nuestros hospitales neuropsiquiátricos son

casos «geriátricos» de ese tipo. Esta es la forma en que la psiquiatría hace frente a un problema puramente socioeconómico.
Si Kelleher o alguno de sus hijos estuvieran en una situación económica moderadamente buena, podrían contratar a una enfermera o a alguna otra persona que le hiciera compañía en su casa, o bien colocarlo en un hogar de ancianos privado. No habría entonces necesidad alguna de rotularlo «paciente mental» y confinarlo a un edificio del cual nunca más saldrá y donde morirá sin duda antes que pase un año.
Pero para los pobres el hospital neuropsiquiátrico es a menudo el único camino. Tal es la situación de la señora Anna Tarranti (el nombre es ficticio). A los treinta y dos años —aunque aparenta diez años más—, acaba de dar a luz a su séptimo hijo. Su marido es obrero de la construcción; tiene empleos esporádicos y se ha dado fuertemente a la bebida. Luego del nacimiento de los tres últimos niños, la señora Tarranti estuvo tan «deprimida» que debió permanecer en el hospital una semana adicional, e incluso más. Ahora se queja de agotamiento, falta de apetito e insomnio, y no quiere ver al recién nacido. Al mismo tiempo se siente culpable por no ser una buena madre, y dice que merece morirse.
Lo cierto es que la señora Tarranti está agobiada de tareas. Tiene más hijos de los que quisiera, un marido que apenas gana para vivir y creencias religiosas que le prohíben virtualmente practicar el control de la natalidad. ¿Qué puede hacer? Sabe que si retorna a su casa pronto estará otra vez embarazada, y esta perspectiva le resulta intolerable. Le gustaría quedarse en el hospital, pero en la sala de maternidad hay demasiado trabajo como para que esté allí mucho tiempo si no padece de alguna honesta afección obstétrica.
Nuevamente, la psiquiatría es la salvación. Se le diagnostica «depresión puerperal» y se la interna en un hospital neuropsiquiátrico. Como en el caso del señor Kelleher, la sociedad no ha encontrado mejor solución a un problema humano que la reclusión en un hospital neuropsiquiátrico.
En la práctica, la psiquiatría ha aceptado la tarea de meter en el depósito a los indeseables sociales. Esa, ¡ay!, ha sido su función durante mucho tiempo. Hace más de ciento cincuenta años, el gran psiquiatra francés Philippe Pinel observaba: «Los asilos públicos para maniáticos han sido considerados lugares de reclusión destinados a aquellos individuos que se vuelven peligrosos para la paz social».[112]

III

Tampoco tenemos derecho alguno a consolarnos con el pensamiento de que en nuestra ilustrada época la reclusión en un establecimiento para enfermos mentales es en realidad similar a cualquier otro tipo de hospitalización. Porque aun cuando mostramos más compasión y comprensión por el insano que algunos de nuestros antepasados, lo cierto es que la persona diagnosticada como enfermo mental porta consigo un estigma... sobre todo si ha estado internada en un hospital neuropsiquiátrico público. Estos estigmas no son eliminados por la «educación» en salud mental, ya que la raíz del asunto está en nuestra intolerancia ante ciertos tipos de conducta.

La mayoría de las personas consideradas enfermos mentales (en especial las recluidas contra su voluntad) son así definidas por sus parientes, amigos, empleadores, o tal vez la policía, no por ellas mismas. Estas personas han trastrocado el orden social no respetando las convenciones de la sociedad educada o violando las leyes, y entonces se las rotula «enfermos mentales» y se las interna en el establecimiento correspondiente.

El paciente sabe que su privación de la libertad se debe a que ha molestado a los demás, no a que esté enfermo. Y en el hospital aprende que hasta que modifique su conducta seguirá segregado de la sociedad. Pero aunque cambie y se le dé el alta, el hecho de haber estado internado sigue en pie y lo acompaña a todas partes. Y las consecuencias prácticas de ese hecho se parecen más a las que derivan de haber sido encarcelado en una prisión que a las que derivan de haber sido internado en un hospital. El daño psicológico y social que se le infiere al individuo con frecuencia supera con creces los beneficios de cualquier terapia psiquiátrica.

Véase, si no, el ejemplo de una joven enfermera a la que llamaré Emily Silverman, quien trabaja en un hospital general de una ciudad pequeña. Emily es una mujer soltera y sola, y está preocupada por su futuro. ¿Encontrará marido? ¿Tendrá que seguir ganándose la vida en una tarea que se ha vuelto tediosa? Se siente abatida, duerme poco, pierde peso. Por último, consulta a un internista del hospital y este la deriva a un psiquiatra, que diagnostica «depresión» y le receta drogas «antidepresivas». Emily toma las píldoras y visita al psiquiatra una vez por semana, pero sigue deprimida y comienza a rondarle la idea del suicidio. Esto alarma

al psiquiatra, quien recomienda internación. Como en esa ciudad no hay sanatorios privados, Emily solicita ingresar en el hospital estatal más próximo. Allí, luego de unos meses, se da cuenta de que el «tratamiento» que el hospital le ofrece no puede resolver sus problemas. Entonces se «recupera» y es dada de alta.

A partir de ese momento Emily ya no es más una enfermera: es una enfermera con un «antecedente» de internación en un hospital neuropsiquiátrico estatal. Si trata de volver a su antiguo empleo, probablemente descubra que su puesto ha sido ocupado y que no hay nuevas vacantes. En verdad, como ex paciente mental tal vez le sea imposible obtener empleo alguno como enfermera. Este es un precio muy alto a pagar por la ignorancia, y sin embargo nadie le advirtió, cuando decidió ingresar al hospital para tratar su «depresión», sobre los riesgos que corría.

En nuestros tiempos las potencialidades terapéuticas de la psiquiatría son permanentemente exageradas y sus funciones punitivas minimizadas o incluso negadas, lo cual ha hecho que se estableciera entre la psiquiatría y la ley una relación que es obra de la distorsión.

Años atrás, algunos individuos acusados de graves delitos alegaban «insania»; hoy, a menudo este es un cargo que se les hace, y en vez de recibir una condena breve de cárcel los reos pueden ser titulados «insanos» y ser encarcelados por vida en una institución psiquiátrica.[113]

Tal es lo que le sucedió, verbigracia, al dueño de una estación de servicio al que llamaré Joe Skulski, quien se opuso tenazmente cuando se le pidió que mudara la estación porque allí se iba a construir una galería comercial. Finalmente se llamó a la policía, y Joe la recibió disparando tiros al aire a modo de advertencia. Fue puesto en custodia y se le denegó la libertad bajo fianza, porque la policía consideró que su forma particular de protesta debía significar que estaba loco. El fiscal del distrito requirió un examen psiquiátrico previo al juicio; Joe fue examinado, se lo declaró mentalmente inepto para ser sometido a juicio, y se lo recluyó en un hospital estatal para delincuentes insanos. Durante todo ese tiempo, Joe solicitó que le concediera el derecho de ser juzgado por su infracción. Ahora, en el hospital, deberá esforzarse vanamente años enteros para demostrar que es suficientemente cuerdo como para ser juzgado. Si se lo hubiera condenado después de un juicio, la sentencia habría sido más corta que el tiempo que ya ha pasado en el hospital.

IV

Esto no quiere decir que nuestros hospitales neuropsiquiátricos públicos no cumplan ningún papel social útil. En realidad, cumplen dos funciones esenciales —y diferentes—. Por una parte, ayudan a los pacientes a recobrarse de sus dificultades personales suministrándoles cuarto y abrigo, comida y una evasión de sus responsabilidades cotidianas que cuenta con aprobación médica. Por otra parte, ayudan a las familias, y a la sociedad, a ocuparse de aquellos que las molestan demasiado o que representan una carga intolerable. Es importante que distingamos entre estos dos tipos diferentes de servicios, pues infortunadamente sus objetivos no son los mismos. Aliviar a aquellos a quienes molestan las excentricidades, las falencias o la franca vileza de los llamados enfermos mentales exige que se haga algo *a* estos, no *por* estos. Aquí el objetivo es poner a salvo la sensibilidad, no del paciente, sino de aquellos a quienes él perturba. Se trata de un problema moral y social, no de un problema médico. ¿Cómo, por ejemplo, se ha de medir el derecho del señor Kelleher a pasar sus últimos años en libertad y en una forma digna, en vez de pasarlos como un prisionero psiquiátrico, frente al derecho de sus hijos a «hacer su vida» sin tener que soportar la carga de un padre senil? ¿O el derecho de la señora Tarranti a rechazar responsabilidades abrumadoras, frente a la necesidad que tienen su marido y sus hijos de una esposa y una madre que se dedique a ellos todo el tiempo? ¿O el derecho de la señora Abelson a gastar su dinero en parientes pobres, frente al reclamo de sus hijos respecto de la fortuna de su padre muerto?

Aun admitiendo que en muchos casos no existe una solución feliz para estos conflictos, no hay razones para creer que ya estamos en la buena senda. En primer término, seguimos tolerando inicuas desigualdades en el tratamiento de los ricos y de los pobres. Quizá se trate de un ideal apenas borroso, pero lo cierto es que la medicina y la ley se esfuerzan por tratar equitativamente a todas las personas. En psiquiatría, sin embargo, no solo no nos aproximamos a este ideal en la práctica sino que ni siquiera lo valoramos como ideal.

Al paciente psiquiátrico rico e influyente lo consideramos un cliente responsable, capaz de gobernarse a sí mismo, libre de decidir si quiere o no quiere ser un paciente. Al pobre y al anciano, en cambio, los vemos como individuos puestos bajo la tutela del Estado, demasiado ignorantes o «mentalmente

enfermos» como para saber qué es lo mejor para ellos. Los psiquiatras paternalistas, en su carácter de agentes de la familia o del Estado, asumen «responsabilidad» por ellos, los definen como «pacientes» contra su voluntad y los someten al «tratamiento» que les parece más adecuado, con o sin su consentimiento.

¿Seguimos necesitando, realmente, este tipo de psiquiatría?

7. El tráfico clandestino de valores humanistas a través de la psiquiatría*

I

Entre las numerosas funciones «tranquilizadoras» [114] que cumplen los psiquiatras en la sociedad norteamericana actual, hay una sobre la cual quisiera llamar particularmente la atención del lector. La he denominado «tráfico clandestino de humanismo» [*bootlegging humanism*].

Es cierto que «humanismo» es un término vago, pero no del todo inútil. Para la mayoría de nosotros, significa que la autonomía personal, la dignidad, la libertad y la responsabilidad se consideran valores positivos. Además, el humanismo implica aprobar rasgos tales como la benevolencia, la comprensión y la compasión. A la inversa, la ética humanista considera mala y condenable la desigualdad ante la ley, la opresión social, los castigos excesivos y la depravación de todo tipo.

Bootlegging (tráfico clandestino) es un buen término del lenguaje popular norteamericano para designar el aprovisionamiento ilegal de un producto; por ejemplo, el tráfico clandestino de bebidas alcohólicas. Para que tenga lugar dicho tráfico, deben cumplirse dos condiciones: primero, debe existir una necesidad poderosa que los hombres buscan satisfacer; segundo, la gratificación de esa necesidad debe estar prohibida por la ley. Si se cumplen tales condiciones, es muy probable que se estimule y florezca la satisfacción de la necesidad por medios ilícitos.

Solemos asociar la expresión «tráfico clandestino» con la satisfacción ilícita de deseos moralmente reprensibles, como el de beber alcohol o ingerir narcóticos. Esto es engañoso. A menudo, la satisfacción de altas aspiraciones y necesidades es prohibida por la ley. Recordemos que las leyes pueden menoscabar y degradar la dignidad y el bienestar humanos tan fácilmente como pueden elevarlos. Hablamos entonces de leyes necias, irrazonables o malas. Cuando las leyes frustran la satisfacción de ciertas importantes aspiraciones huma-

nas, están echadas las bases para que dichos anhelos se satisfagan en forma ilegal, es decir, mediante el tráfico clandestino. En la época nazi, por ejemplo, muchos alemanes, holandeses y en especial daneses ocultaron en sus hogares a los judíos, o bien los ayudaron a salir del país, violando la ley. Nosotros —hablo colectivamente de «nosotros» refiriéndome a los psiquiatras norteamericanos— estamos embarcados en una operación semejante de tráfico clandestino. La describiré utilizando como caso ilustrativo el aborto terapéutico basado en argumentos psiquiátricos.

II

Como la mayoría de las leyes prohibitorias, las relativas al aborto no lo prohíben en forma absoluta; el aborto es considerado ilegal a menos que se den ciertas condiciones. Las condiciones que facultan a una mujer a tener un aborto, en forma bastante parecida a aquellas que justifican matar a otra persona, varían de estado a estado. La enfermedad mental es habitualmente una de esas condiciones. Dicho de otro modo: en algunos estados, si un psiquiatra certifica que una mujer es mentalmente enferma o puede llegar a serlo en caso de que continúe el embarazo, se permite a esa mujer practicar un aborto legal, también llamado aborto terapéutico.
Allí donde los abortos terapéuticos se practican en gran número, son más los que se fundamentan en razones psiquiátricas que en cualquier otro tipo de argumentos. En el Hospital Monte Sinaí de Nueva York, por ejemplo, fueron justificados con argumentos psiquiátricos el 30 % de los abortos terapéuticos practicados entre 1952 y 1957, mientras que solo el 11 % de los abortos se debieron a afecciones cardiorrenales, y el 10 % a la presencia de tumores cancerosos.[115] En los primeros nueve meses posteriores a la sanción de la ley de «liberalización» del aborto en Colorado, en 1967, se realizaron en el Hospital General de Denver 109 abortos terapéuticos, de los cuales el 90 % por «razones psiquiátricas».[116] Cuando fue sancionada una ley similar en California en 1968, la proporción de «enfermas mentales» embarazadas aumentó de manera más súbita todavía: en los primeros seis meses del año, se descubrió que 1.777 mujeres embarazadas de ese estado debían ser sometidas a un aborto terapéutico para «salvaguardar su salud mental»; en el mismo período,

solo se practicaron 115 abortos terapéuticos «para preservar la salud física [de las mujeres]».[117]

En la actualidad, los profesionales de la medicina y de la psiquiatría siguen demostrando gran interés en las medidas tendientes a «liberalizar» las leyes sobre aborto. A mi entender, esa liberalización puede buscarse por dos vías.

Una vía consiste en aducir un número creciente de razones médicas, eugenésicas, psiquiátricas y sociales como «indicaciones terapéuticas» del aborto, aumentando así la cantidad de abortos legales. Esto tiene la ventaja, si así puede llamarse, de dar la oportunidad, a algunas personas al menos, de practicar un aborto si así lo desean. Al mismo tiempo, deja intactas e incuestionadas las premisas éticas que están en la base de nuestras actitudes y de nuestras leyes sobre el aborto.

Este tipo de acción social posee asimismo algunas importantes desventajas. Quizá la más notoria es que recompensa la enfermedad o incapacidad. Si una mujer es sana y queda embarazada, debe tener su chico le guste o no le guste; pero si logra que se la defina como enferma, podrá echar mano de un aborto legal. En lo que atañe a la psiquiatría, la dificultad obvia de este mecanismo es que, si bien uno no puede contraer así nomás una cardiopatía reumática por la simple razón de que estar enfermo es ventajoso, puede, en cambio, en tales circunstancias, contraer una enfermedad mental. Conceder ciertos privilegios a las personas que padecen la llamada enfermedad mental —p. ej., exceptuarlas del servicio militar, o justificar algunas de las consecuencias de su mal comportamiento, o permitirles tener abortos, y así castigar por comparación a los mentalmente sanos— es una empresa bastante riesgosa. ¿Es conveniente que alguien deba estar «mentalmente enfermo» para poder actuar con libertad frente a las consecuencias fisiológicas del acto sexual?

Otra desventaja fundamental de los actuales esfuerzos médico-psiquiátricos para liberalizar el aborto es que intensifican, en vez de reducir, el conflicto ético encubierto entre el aborto médico y el aborto voluntario. Implícita en todas esas reformas está la tesis de que es perfectamente legítimo que los médicos y psiquiatras decidan si una mujer debe tener o no un niño que no desea, pero no lo es de ninguna manera que ella misma lo decida. En otras palabras: el aborto justificado con argumentos médicos y psiquiátricos, por oposición al aborto voluntario, convierte a los médicos y psiquiatras en los responsables de determinar si una reacción fisiológica en cadena iniciada con el acto sexual y que culmina en

el parto debe ser interrumpida o no, en lugar de que los responsables sean los ciudadanos adultos dueños de su propio destino.

Un curso de acción alternativo es desarrollar en todos sus aspectos y enfrentar francamente los problemas ético-sociales implícitos en el aborto (y otras cuestiones similares, como el control de la natalidad o la pena de muerte). Al adherir a leyes que se basan en actitudes jurídicas y sociales tradicionales, lo único que consiguen los psiquiatras es tornar más dificultoso para la gente (incluidos ellos mismos) el abordaje de los problemas verdaderamente significativos. Sostengo que los esfuerzos realizados para «liberalizar» las leyes sobre el aborto ampliando la gama de justificativos médicos y psiquiátricos de ese procedimiento no hacen, en la práctica, sino limitar la libertad humana. Y ello porque dicha «liberalización» aumenta únicamente el número de circunstancias en que otras personas pueden ofrecer abortos a las mujeres, sin aumentar el número de circunstancias en que esas mismas mujeres podrían tomar tal decisión. En consecuencia, tales medidas ratifican que es bueno negar a las personas el derecho a determinar por sí mismas cómo utilizar su cuerpo.

III

La mayoría de los problemas que plantean las leyes relacionadas con la actividad sexual de las personas adultas pueden compendiarse en una sola pregunta y las respuestas posibles a ella. La pregunta es: ¿quién es el dueño del cuerpo que uno tiene? En otras palabras: el cuerpo de una persona, ¿pertenece a sus padres, como ocurría en cierta medida cuando esa persona era un niño? ¿O pertenece al Estado? ¿O al monarca? ¿O quizás a Dios? ¿O, en fin, a ella misma? [118]

Cada una de estas opciones es lógicamente justificable y empíricamente posible. Cada una refleja las reglas de un sistema ético-social o juego de la vida particular. Pero debemos tener bien en claro cuál sistema de valores preferimos. Según la teología tradicional cristiana, por ejemplo, el cuerpo pertenece a Dios. El humanismo secular moderno, en cambio, lleva implícito —y a mi juicio debería sostenerlo explícitamente— que el cuerpo de una persona adulta le

pertenece a ella. Esto significa que puede suicidarse sin cometer con ello un crimen, y también que puede controlar de la manera que se le antoje sus funciones reproductivas. Desde este punto de vista, someterse a un aborto entraría en la misma categoría, digamos, que operarse de las várices. La última de las actitudes mencionadas hacia el propio cuerpo, y en especial cuando se trata de las funciones reproductoras, está en agudo conflicto con las actitudes religiosas. Por más diferencias que haya entre ellas, todas las religiones occidentales concuerdan en que el hombre es creación de Dios. Esto no solo confiere al hombre especial importancia y valor, sino que lo obliga a adherir a los mandamientos de Dios. Para nuestra presente finalidad, bastará considerar brevemente la posición que tiene la Iglesia Católica Romana acerca del problema de quién es el dueño del cuerpo, y, más específicamente, acerca del control de la natalidad.

Si bien la posición católica es la más extrema de todas, es también la más congruente y lógica entre las diversas concepciones religiosas en la materia. Dicho sintéticamente, la doctrina católica estima que toda interferencia «artificial» con la procreación humana es un pecado, debido a dos proposiciones éticas fundamentales: Primero, se considera que la relación del hombre con virtualmente todas las cosas importantes, y en especial el uso de sus órganos sexuales, está gobernada por la «ley natural», es decir, por una ley implícitamente otorgada por Dios; se estima que el control «artificial» de la natalidad es contrario a la «ley natural». Segundo, se toma como punto de partida de la vida humana el momento de la fecundación; se considera que el embrión es un «ser vivo» y que posee una existencia teológico-jurídica separada de la que es propia de la madre. Por ello, la doctrina católica coloca al aborto, el infanticidio, el suicidio y el homicidio en la misma categoría: «asesinato». Como la violación de la ley y el asesinato, sea cual fuere la forma en que se realizaren, son malos, pedir a un católico romano que apoye el control artificial de la natalidad o el aborto es pedirle que dé su aprobación a medios que conducen a fines indeseables.

Muchas personas que no son católicas y suscriben la tesis de que por motivos de salud puede justificarse apelar a medidas de control artificial de la natalidad, piensan sin embargo que el uso apropiado del cuerpo humano está o debería estar regido por leyes divinas. Así, también ellos pueden opo-

nerse a la masturbación y al uso de anticonceptivos cuando solo tienen como propósito el placer carnal, o al aborto voluntario cuando está meramente al servicio de las aspiraciones de una mujer relativas a su carrera profesional.
La concepción humanística secular del hombre descansa, no menos que la católica romana, en ciertas premisas éticas. Entre ellas, una de las fundamentales es la proposición de que el embrión humano no tiene vida propia independiente de la vida de la madre. La decisión acerca de cuándo se inicia la «existencia humana» —o sea, cuándo ha de considerarse al bebé una entidad jurídica distinta de la madre— es forzosamente arbitraria. Puede situársela en el sexto mes de embarazo, época en que el feto ya es viable, o en el momento del parto mismo. Lo cierto es que, desde esta perspectiva, durante cierto tiempo luego de la fecundación el contenido del útero es considerado como una parte del cuerpo de la madre. De acuerdo con esta definición, no puede haber nada semejante al asesinato de un feto que no es viable.
El hecho de ser humano es, pues, considerado aquí fundamentalmente un concepto ético o psicológico. Esto debe compararse con las definiciones teológicas o biológicas de la condición de ser humano. Según la definición teológica (católica romana), por ejemplo, un óvulo fecundado es humano, de la misma manera que un feto anencefálico (carente de cerebro). Según la definición biológica, un feto viable es humano, pero no lo es un huevo fecundado. Todas las definiciones son hasta cierto punto arbitrarias, y las definiciones teológicas, biológicas y psicosociales de la condición de ser humano no constituyen una excepción a la regla. Este breve análisis tenía como único propósito recordar los criterios —que, aunque en sí mismos arbitrarios, pueden ser descritos, inspeccionados y discutidos— sobre cuya base se atribuye a veces la condición humana a organismos, aunque a menudo le es negada a la gente.
En el marco de una ética que propende a la autonomía personal, la responsabilidad y la confianza en uno mismo, la decisión sobre si una mujer debe o no debe abortar dependería primordialmente de que tuviera deseos de hacerlo. Sería un asunto que sólo concernería a ella y a su médico (y quizás a su marido, si es que tiene alguno), más o menos como sucede hoy con las operaciones quirúrgicas optativas. Consecuentemente, ofrecer una gama cada vez mayor de enfermedades psiquiátricas como justificativo para realizar

abortos terapéuticos solo es un paso hacia una mayor liberalidad si somos esencialmente contrarios al principio del aborto voluntario y a todo lo que este implica. Si, por el contrario, consideramos que la autodeterminación del individuo respecto de sus funciones y órganos corporales es parte integral de nuestra ética, entonces conservar leyes fundamentalmente opuestas al aborto incrementando el número de circunstancias en que este último es permitido no es lo más deseable.

Creo que es un serio error suministrar intervenciones psiquiátricas (como las justificaciones del aborto terapéutico) sin primero tratar de aclarar qué es lo que cada cual considera los cimientos morales convenientes de la sociedad. Hay muchas importantes tareas científicas para las cuales la pericia psiquiátrica es indispensable; sin embargo, las justificaciones psiquiátricas de los abortos pertenecen a esa clase de fenómenos que quizá parezcan científicos o técnicos pero son, de hecho, estratégicos o tácticos.[119]

IV

He sostenido que el aborto terapéutico apoyado en argumentos psiquiátricos es un subterfugio, y que el psiquiatra que posibilita tales abortos es un traficante clandestino de ciertos valores morales no explicitados. Quisiera ahora ampliar y tal vez aclarar mejor esta tesis.

Cuando un psiquiatra recomienda un aborto terapéutico, no está, hablando con precisión, comerciando clandestinamente con el aborto. Los médicos y otros profesionales que practican operaciones ilegales mantienen un vasto y floreciente mercado clandestino de esta mercancía. Aunque el psiquiatra que ofrece los argumentos básicos para un aborto no es un traficante clandestino común, como el abortero, debe sin embargo ser considerado un traficante clandestino, solo que de un tipo especial: es un traficante clandestino legalmente autorizado. En su rol de psiquiatra, está facultado por la ley a permitir actos de otro modo prohibidos. En la época de la Ley Seca el médico cumplía un rol semejante. Podía traficar clandestinamente bebidas alcohólicas con solo recomendar su ingestión en una receta. De esta manera, no se veía obligado a introducirlas de contrabando desde Canadá. En forma bastante parecida, el psiquiatra no necesita violar

la ley para suministrar un aborto. Está autorizado a prescribir el aborto como si se tratase de un tipo de tratamiento, con tal de probar que la mujer encinta está mentalmente enferma. Supongamos por un momento que no existiera nada llamado enfermedad mental. ¿En qué condiciones estaríamos? ¿Qué pensaríamos si la base misma para prescribir el producto vedado —ya se trate de bebidas alcohólicas o de abortos— fuera ficticia o artificial? ¿No estaríamos ante un tráfico clandestino legalizado?

Algunos se opondrán a esto rechazando la afirmación de que los diagnósticos psiquiátricos son ficticios o artificiales. Las enfermedades psiquiátricas —replicarán— son tan puntillosamente reales como las enfermedades médicas. Este punto es crucial. Todo lo que puedo agregar es que considero que la noción de enfermedad mental es un mito.[120] Dicho esto, no pretendo negar el hecho obvio de que la gente sufre por las dificultades que le presenta la tarea de hacer frente a la vida, y puede quedar incapacitada a causa de ellas. No obstante, debemos tener presente que las enfermedades mentales son meramente nombres que asignamos a determinadas estrategias de vida y a sus consecuencias. Si esto último es cierto, las formas de conducta que, dentro de la totalidad de la vida social, definimos como enfermedad mental (o sea, las estrategias que resolvemos denominar así) son el producto de una decisión profundamente moral y estratégica. Permítaseme ilustrar sumariamente este aspecto de la psiquiatría citando un incidente real. Aunque para relatar este episodio me baso en mi memoria, creo que mi relato es, en lo sustancial, exacto.

Algunos años atrás ocurrió en una ciudad de la Costa Este una tragedia a la que se dio mucha publicidad, resultado de un aborto ilegal. Los hechos pueden sintetizarse así: Contra la voluntad de sus padres, una muchacha de una familia acaudalada se casó con un joven pobre. Primero quedó embarazada, después sufrió una desilusión con su marido y a la postre volvió al hogar paterno y consiguió, con ayuda de su madre, que se la sometiera a un aborto ilegal. Como consecuencia del aborto la muchacha murió. Los papeles cumplidos en esta tragedia por la madre y por el abortero fueron expuestos a la opinión pública; el abortero fue procesado y condenado a la cárcel, no así la madre. Se dijo que esta última sufría una grave depresión, y se la internó en un sanatorio psiquiátrico. Pese a su complicidad en los hechos, por lo que sé nunca fue sometida a juicio. Tal vez se pensó que ya

había sufrido «bastante» con la muerte de la hija, y que imponerle una pena adicional hubiera sido demasiado duro. Así pues, la misericordia y la eximición de castigo fueron introducidos de contrabando bajo el disfraz del diagnóstico y el tratamiento psiquiátrico.

No estoy abogando por la sanción de leyes vengativas. El único objetivo del ejemplo es recordar que lo que la ley considera crimen o enfermedad mental es una cuestión de convención moral. En el ejemplo citado, el abortero fue como el ladrón de banco que mata a un agente de policía durante un asalto, y la madre como el cómplice que conduce el automóvil con el que se dan a la fuga. Ambos participaron en el mismo acto prohibido, «criminal»: en un caso, la extracción ilegal de un feto depositado en un útero; en el otro, la extracción ilegal de dinero depositado en un banco. Es absurdo tildar de delincuente a uno solo de los miembros de una pandilla tal, y no al otro. Y sin embargo esto es lo que se hizo con el abortero y la madre apenada, y es lo que se hace en los procesos por abortos ilegales.

Desde un punto de vista psicológico, podría argumentarse que siempre es nocivo para una mujer tener un hijo que no desea. Por consiguiente, el deseo de abortar de cualquier mujer podría ser interpretado como un argumento psiquiátrico para permitirlo. Si así ocurre, el aborto terapéutico por motivos psiquiátricos es claramente una operación de contrabando. La eximición misericordiosa de la pena impuesta por una ley muy severa —una ley que impide interferir en determinados procesos fisiológicos— es introducida de contrabando con el nombre de diagnóstico, tratamiento y prevención médica. El verdadero carácter de esta operación permanece en el misterio mientras la cantidad de la mercadería contrabandeada es relativamente pequeña. Si la magnitud de la operación creciera bruscamente, provocaría la misma resistencia que hace que la ley se oponga al principio del aborto por propia determinación.

De ninguna manera he agotado los usos que puede dársele al modelo del tráfico clandestino en conexión con las intervenciones psiquiátricas. Por ejemplo, podría demostrarse que ciertos psiquiatras que promueven los abortos terapéuticos creyendo actuar pura y exclusivamente en carácter de médicos, en realidad actúan como peleles útiles a los legisladores. Es como si condujeran los camiones que trasportan clandestinamente las bebidas alcohólicas (misericordia) creyendo todo el tiempo que están trasportando algún otro produc-

to legal (diagnóstico y prevención psiquiátricos). Esos psiquiatras alivian los remordimientos de conciencia del legislador por sancionar leyes que, si ellos no existieran, serían demasiado duras para los seres humanos. Un ejemplo es la situación en la cual la víctima de un estupro sólo puede tener derecho al aborto si se lo fundamenta con argumentos psiquiátricos.

V

He tratado de llamar la atención sobre los aspectos ético-sociales ocultos del aborto psiquiátrico-terapéutico y otros métodos similares de «tráfico clandestino de humanismo». Como he mostrado, lo que se introduce clandestinamente con esta estrategia no es tanto el aborto en sí, sino más bien el derecho a determinar por uno mismo si se desea o no traer un niño al mundo. Esto es negativo —aunque, por supuesto, no totalmente negativo—, y lo es, si no por otras razones, porque cuanto más eficientemente se introduce mediante dicho tráfico un producto necesario, menos intenso es el anhelo consciente de modificar la ley. Esto es consecuencia de la comprensible pereza humana. Sabiéndolo, deberíamos ser particularmente cautos antes de apoyar o adoptar subterfugios psiquiátricos para suavizar los efectos de lo que nos parecen leyes estúpidas o indeseables. Pues, al proceder de ese modo, podemos demorar y obstruir en forma involuntaria las reformas que realmente anhelamos y necesitamos.
Nuestras leyes sobre aborto me disgustan y no estoy de acuerdo con ellas, pero también me disgusta eludir la ley mediante subterfugios convenientes. Para decirlo con toda claridad: no creo en la «ayuda» prestada a los pacientes mediante los «alegatos de insania». A partir de este dilema he desarrollado las ideas que aquí expuse.
No obstante, alguien podría objetar: «Muy bien, pero no es posible vivir en un vacío social. Hasta que se modifiquen las leyes actuales, debemos vivir, si no dentro de la ley, por lo menos con la ley. Tenemos que jugar adaptándonos a las reglas de juego prevalecientes». Este es un poderoso argumento en el plano de la vida práctica cotidiana. Es difícil adherir en forma permanente a principios ideales. A veces es imprescindible llegar a soluciones de compromiso. Dicho esto, permítaseme recordar, empero, que cuanto más tran-

semos en nuestros ideales, cuanto más juguemos según las reglas prevalecientes, y cuanto más perfeccionemos nuestra habilidad para jugar de esa manera... menos ansiosos, interesados y capacitados estaremos para crear y jugar nuevos juegos, más acordes con la verdadera estatura del hombre civilizado.

8. Alegato de insania y veredicto de insania*

I

En 1843, Daniel M'Naghten mató de un tiro a Edward Drummond, secretario privado de sir Robert Peel, que era a quien M'Naghten tenía la intención de matar. La defensa alegó insania. Se presentaron pruebas demostrativas de que M'Naghten «actuó bajo el delirio insano» de estar acosado por enemigos, entre ellos Peel. El presidente de la sala de justicia, lord Tindal, quedó tan impresionado por estas pruebas, que prácticamente sugirió un veredicto de absolución. El jurado resolvió que M'Naghten no era culpable, a causa de su insania.[121] Como se suele decir, aquí termina la historia. Pero, ¿qué ocurrió luego con Daniel M'Naghten?

Como fue absuelto, el lector pensará tal vez que el tribunal lo dejó en libertad. Hasta 1843, eso era lo que quería decir la palabra «absolución» en el idioma corriente. Pero la «absolución» de M'Naghten fue precursora de esa perversión de la lengua que, según nos enseñó Orwell, es característica de las modernas sociedades burocráticas. *De jure*, M'Naghten fue absuelto; *de facto*, fue condenado a pasar el resto de su vida en un asilo para insanos. Se lo recluyó en el Hospital Bethlehem hasta 1864, siendo entonces trasladado al Instituto Broadmoor para Delincuentes Insanos, inaugurado en esa fecha. M'Naghten murió en 1865, después de haber estado encarcelado durante los veintidós últimos años de su vida.

De acuerdo con la ley inglesa y norteamericana tradicional, un acto ilícito sólo es criminal si se lo comete con propósitos criminales. La ley sostiene también que ciertas personas insanas que cometen actos vedados no están en condiciones de conocer los propósitos criminales que se estipulan como condición necesaria, y deben por ende ser juzgados «inocentes por motivos de insania». Este concepto judicial requiere que haya algún medio de diferenciar a las personas que cometen actos prohibidos con propósitos criminales de las personas que los cometen sin tales propósitos a causa de su insania.

El objetivo de los «tests» psiquiátricos de responsabilidad delictiva —uno de los más antiguos de los cuales lleva el nombre de Daniel M'Naghten— es ese, precisamente.
¿Qué dice, en verdad, la regla de M'Naghten? Sostiene que para establecer una defensa sobre la base de la insania debe probarse claramente que en el momento de cometer el acto el acusado actuaba sometido a un defecto de la razón, provocado por una enfermedad de la mente, de índole tal como para no conocer la naturaleza y carácter del acto que estaba ejecutando, o, en caso de conocerlos, no saber que cometía una falta.
En 1954, el Tribunal de Apelaciones del distrito de Columbia, en Estados Unidos, resolvió, por vía del juez David Bazelon, reemplazar la regla de M'Naghten por lo que luego se denominaría la regla de Durham.[122] Según esta resolución, «Un acusado no es responsable del delito si su acto ilícito fue producto de una enfermedad mental o de un defecto mental».[123]
En 1966, el Tribunal de Apelaciones del Segundo Circuito, por vía del juez Irving R. Kaufman, volvió a sustituir la regla que regía anteriormente en ese circuito por una nueva prueba de responsabilidad delictiva, recomendada por el Instituto Norteamericano de Derecho.[124] Objetando, en particular, el énfasis puesto por la regla de M'Naghten en el «defecto de la razón», el juez Kaufman dispuso que: «Una persona no es responsable de una conducta delictiva si en el momento de realizar esa conducta carece, como consecuencia de una enfermedad o defecto mental, de la capacidad esencial para evaluar la ilegitimidad de su conducta o para modificarla de acuerdo con las disposiciones legales».[125]
Estos nuevos tests de responsabilidad delictiva reflejan una insatisfacción de antigua data, tanto en la comunidad jurídica como en la psiquiátrica, con la regla de M'Naghten, que, en las palabras del juez Kaufman, se considera insuficiente porque «. . . no concuerda con la medicina moderna, la cual [. . .] se opone a todo concepto que divida a la mente en compartimientos separados: el intelecto, las emociones y la voluntad».[126] Tal ha sido, en lo fundamental, la objeción contra la regla de M'Naghten: ser anticuada y acientífica.
Todas las pruebas de responsabilidad delictiva descansan en la premisa de que las personas «tienen» ciertos estados llamados «enfermedades mentales», que son la «causa» de que cometan actos criminales.[127] El valor de dichas pruebas depende, pues, de la solidez del concepto que les sirve de base.

II

¿Qué clase de enfermedad es la «enfermedad mental»? Personalidades destacadas de la medicina, la psiquiatría, la educación, la industria, funcionarios del gobierno y líderes sindicales no se cansan de proclamar que «la enfermedad mental es como cualquier otra enfermedad», añadiendo con frecuencia que «la enfermedad mental es el problema de salud número uno de la nación». Esta preocupación por la enfermedad mental no parece ser compartida por los que la sufren o podrían sufrirla. En una Encuesta Gallup de 1966, como respuesta a la pregunta: «¿Cuál es la enfermedad a la que usted le teme más?», se obtuvieron los siguientes resultados: en los primeros lugares de la lista, el cáncer (62 %) y la ceguera (18 %) ; en los últimos, la poliomielitis (3 %) y la sordera (1 %) ; ausente de la lista: la enfermedad mental.[128]

La explicación de esta paradoja se halla en la naturaleza de la psiquiatría moderna y el concepto que esta tiene de la enfermedad mental.

Harold Visotsky, director del Departamento de Salud Mental de Illinois, enumera entre las principales preocupaciones de los psiquiatras contemporáneos «la delincuencia juvenil, los problemas escolares, los problemas de las zonas urbanas, los conflictos comunitarios, el asesoramiento matrimonial y familiar, y los programas de bienestar social».[129]

J. Sanbourne Bockoven, director del Hospital Cushing de Framingham, Massachusetts, reconoce francamente que «la afección denominada "enfermedad mental" no es primordialmente, básicamente o esencialmente una preocupación o responsabilidad médica, sino más bien una preocupación vital del [. . .] Estado».[130] Estas declaraciones de prominentes psiquiatras —y podríamos citar muchas otras opiniones semejantes— ilustran los alcances de la psiquiatría moderna y el tipo de «enfermedades» que tratan sus profesionales.

¿En qué sentido, entonces, está enferma una persona «mentalmente enferma»? Para responder a esta pregunta debemos tomar nota de las diversas formas en que se adquieren roles sociales. Algunos, como el de rey en ciertas monarquías, se heredan; otros, como el de estudiante universitario, se adoptan por propia voluntad; y otros aun, como el de criminal convicto, le son adjudicados a la persona contra su voluntad. Lo típico es que el rol de paciente médico se adopte voluntariamente. En el curso normal de los hechos, un individuo

que sufre un dolor, una molestia o algo que lo inhabilita para ciertas actividades va a ver al médico y se somete a examen; el diagnóstico —diabetes mellitus, digamos— es el nombre que coloca el médico a la enfermedad del paciente.

Mi finalidad al describir lo que puede parecer una cadena bastante obvia de acontecimientos que lleva de la molestia personal al diagnóstico médico, es mostrar que cuando hablamos de enfermedad solemos referirnos a dos cosas bien distintas: primero, que la persona presenta un cierto *estado biológico* («anormal»); segundo, que cumple un cierto *rol social* («desviado o anómalo»). El paciente hipotético que antes mencionamos muestra signos y síntomas de su estado biológico (p. ej., azúcar en la orina y pérdida de peso); y cumple el rol de enfermo (p. ej., consulta a un médico y sigue sus consejos terapéuticos). Merece destacarse que los estados biológicos existen independientemente de que sean o no observados y reconocidos por los seres humanos, en tanto que los roles sociales solo existen en la medida en que son observados y reconocidos por los seres humanos.

Mientras que el rol de paciente *médico* es, en el caso habitual, asumido voluntariamente (aunque a veces le sea adjudicado a una persona inconsciente), el rol de paciente *mental* puede ser asumido voluntariamente o ser impuesto al individuo contra su voluntad. En el primer caso —p. ej., si el individuo visita a un psicoterapeuta en el consultorio de este último—, su rol social es en esencia el mismo que el de un paciente médico o que el de cualquier cliente que paga por los servicios de un experto. Si, en cambio, se lo fuerza a cumplir el rol de paciente mental —p. ej., internándolo en un hospital neuropsiquiátrico—, su rol social guarda estrecha semejanza con el del criminal condenado a prisión.

III

Tanto la psiquiatría como el derecho se ocupan de definir cuáles son los roles legítimos y cuáles no, y de hacer que se preste conformidad a los roles prescritos. La psiquiatría institucional impone la conformidad con los roles definiendo la desviación del rol como enfermedad mental punible mediante internación. Cuando, verbigracia, una pobre e inculta ama de casa sobrecargada de trabajo se refugia de su vida miserable imaginando que es la Virgen María, el psiquiatra

dice que la mujer está «enferma» y así interrumpe el juego de rol que ella había elegido para sí.[131] Este tipo de prohibición, apoyada por la sanción del confinamiento en un hospital neuropsiquiátrico, es similar a la prohibición de desempeñar el rol de ladrón de banco, apoyada por la sanción del confinamiento en una cárcel.

¿Por qué no se proscriben legalmente todas las conductas sociales indeseables y se las castiga con condenas penales? ¿Y por qué no se permiten todas las demás conductas? Preguntas como estas son esenciales para profundizar en nuestro tema. Bastará destacar aquí que nuestra época parece tener la gran pasión de *no* enfrentar los problemas del bien y del mal, y prefiere por ende la retórica de la medicina a la retórica de la moral. Es como si los jueces modernos estuvieran afectados por la incapacidad que sus antecesores habían atribuido a M'Naghten. Este último, según se dijo, no podía distinguir entre lo que estaba bien y lo que estaba mal; de las palabras de muchos jueces puede inferirse que prefieren no distinguir entre lo que está bien y lo que está mal. Hablan de salud y enfermedad mental en lugar de hablar del bien y el mal, y estipulan como pena la internación en vez de la prisión.

En el caso antes mencionado del Tribunal de Apelaciones del Segundo Circuito, el problema moral fue más difícil de eludir que de costumbre, pero fue eludido. El reo, Charles Freeman, había sido convicto de vender heroína. El decía que no era culpable, por motivos de insania. Al revertir el fallo, el tribunal dejó abierta la posibilidad de que, bajo las nuevas normas, Freeman fuera declarado insano. Realmente, si alguna vez hubo un problema moral, este lo era. Las cuestiones fundamentales que plantea este caso son: si es bueno o malo vender heroína, y si dicha conducta debe ser o no penada por la ley. (Si reemplazamos la heroína por los cigarrillos, las bebidas alcohólicas, los dispositivos para el control de la natalidad o las drogas, tendremos una perspectiva más amplia en cuanto al tipo de problema que debemos abordar aquí.) La resolución del juez Kaufman es significativa precisamente porque desplaza el acento de lo moral a lo medicinal, constituyéndose en un ejemplo del «optimismo histérico» que, según Richard Weaver, «prevalecerá hasta que el mundo vuelva a admitir la existencia de la tragedia, y el mundo no puede admitir la existencia de la tragedia si no vuelve a distinguir entre el bien y el mal».[132]

Así como la enfermedad mental no es lo mismo que la en-

fermedad médica, tampoco un hospital para enfermos mentales es lo mismo que un hospital de medicina general. En la sociedad norteamericana contemporánea, la situación del paciente médico frente al hospital médico es en esencia la de un comprador frente a un vendedor. Ningún cliente debe necesariamente comprar lo que no quiere. De la misma manera, una persona enferma no está obligada a ingresar a un hospital, o a someterse a una operación o una aplicación de rayos X, o a tomar medicamentos: lo hace si quiere.[133] El paciente debe dar al médico su «aprobación con conocimiento de causa» para cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico; sin dicha aprobación, el médico estaría invadiendo sin autorización el cuerpo del paciente, y quedaría sujeto a sanciones tanto en el orden civil como en el penal.

Podría pensarse que la atención de los pacientes afectados por enfermedades trasmisibles constituye una importante excepción a esta regla, pero no es así. Por ejemplo, la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York provee en su parágrafo 2.223 lo siguiente: «1. Cualquier persona con tuberculosis que dispusiera de sus esputos, su saliva u otra secreción o excreción orgánica en una forma perjudicial o peligrosa para la persona o personas que ocupan la misma habitación, departamento, casa o parte de una casa, será acusada de cometer un daño contra la persona o personas que se quejaren de dicho perjuicio o peligro, y cualquier persona que padezca ese daño puede quejarse, personalmente o por escrito, al funcionario del distrito sanitario local en que se haya cometido el daño por el cual se presenta la queja. 2. Será obligación del funcionario de la oficina sanitaria local que reciba dicha queja practicar una investigación, y si los hechos parecen demostrar que el daño motivo de la queja es tal como para causar perjuicio o poner en peligro a cualquier persona que ocupe la misma habitación, departamento, casa o parte de una casa, informará a la persona contra la cual se presentó la queja y le exigirá disponer de sus esputos, su saliva u otra secreción o excreción orgánica de modo tal de suprimir cualquier causa razonable de perjuicio o peligro. 3. La persona que no cumpliere la solicitud o reglamentación establecida por el funcionario de la oficina sanitaria local en cuanto a dejar de cometer ese daño, o que se negare a hacerlo, será culpable de delito menor y una vez convicto se le impondrá una multa no mayor de diez dólares». La ley que autoriza la existencia de hospitales para tuberculosos no contiene ninguna cláusula don-

de se diga que los pacientes pueden ser internados y tratados contra su voluntad.

La situación del paciente mental involuntario es la opuesta. (Aproximadamente el 90 % de los pacientes internados en hospitales neuropsiquiátricos en Estados Unidos son recluidos allí contra su voluntad.) [134] El paciente puede ser obligado, a través de la facultad que el Estado delega en el médico, a someterse a una reclusión psiquiátrica y a intervenciones que se definen como terapéuticas para él.[135]

Hay pruebas de que, desde el punto de vista del sujeto, la reclusión en un hospital neuropsiquiátrico es una experiencia más desagradable que la prisión en una cárcel. «Uno de mis clientes», afirma Hugh J. McGee, «que trabajó en las cárceles de Florida, Georgia, Virginia y Maryland, y también en cuadrillas camineras de esos estados, me dijo con toda seriedad que prefería trabajar durante un año en cualquiera de esos sitios y no seis meses en el antiguo Howard Hall [sala del Hospital St. Elizabeths, en la ciudad de Washington]».[136] Quien esto relataba, presidente del Comité de Salud Mental del Colegio de Abogados del Distrito de Columbia, estaba declarando como testigo, en 1961, ante una comisión senatorial encargada de realizar audiencias relativas al tema «Los derechos constitucionales de los enfermos mentales».

Las opiniones del señor McGee fueron aún más rotundas cuando prestó declaración ante esa misma comisión en 1963: «Ellos [los psiquiatras] están castigándolo [al acusado] mediante el procedimiento de mantenerlo en una sala de máxima seguridad [...] lo cual no solo representa una privación inconstitucional de la libertad sino un castigo cruel e inhumano. El Tribunal de Apelaciones ha designado específicamente como ciudadanos de segunda clase a las personas que alegan "no ser culpables por motivos de insania". Si una persona reconoce [...] que podría haber padecido la enfermedad mental causante de su conducta delictiva [...] pierde sus derechos... todos sus derechos. Pierde más derechos que un criminal en la penitenciaría».[137]

De acuerdo con las leyes sobre reclusión civil que rigen en el estado de Nueva York, un drogadicto arrestado por un delito menor y por ciertos delitos mayores puede elegir «voluntariamente», antes de que se inicie el proceso, ser internado durante un plazo no mayor de tres años en un hospital neuropsiquiátrico para someterse a una «cura».[138] Mediante este expediente puede evitar la prisión y su foja de delitos,

ya que el cargo que pesaba contra él será desestimado. En la práctica, menos de la cuarta parte de los drogadictos arrestados han elegido la internación, y un gran porcentaje de estos escapó del hospital antes de cumplirse el plazo.[139]
Los hospitales destinados a los delincuentes insanos son instituciones particularmente desagradables. En marzo de 1966 el Tribunal de Reclamaciones de Nueva York resolvió que se entregaran 115.000 dólares a un hombre de 57 años que había robado un paquete de caramelos de 5 dólares cuando tenía 16 años y como consecuencia de ello había pasado los 34 años siguientes de su vida en instituciones para enfermos mentales.[140] En su fallo, el juez Richard S. Heller caracterizó al Hospital Estatal de Dannemora, donde el demandante, Stephen Dennison, había permanecido durante 24 años, como un establecimiento que, «aunque es denominado un "hospital", [es] en esencia una prisión . . .».[141] En los archivos de dicho hospital —continuaba el juez Heller—, donde la «ilegalidad» de la reclusión de Dennison es incuestionable, «. . . se describe repetidamente la conducta del demandante como paranoide, o sea, en términos corrientes, que tenía delirios de persecución. Si una persona es realmente tratada en forma injusta o poco equitativa, el hecho de que perciba esa falta de equidad, se sienta agraviado por ella o reaccione de alguna manera no puede considerarse prueba competente y concluyente de paranoia o de tendencias paranoides. [. . .] En cierto sentido, la sociedad lo había rotulado como un ser subhumano, [. . .] lo declaró insano y luego utilizó la insania como excusa para tenerlo recluido por tiempo indefinido».[142]
La internación psiquiátrica involuntaria impone el más severo castigo que prevé nuestro sistema jurídico para un ser humano, con excepción de la muerte: la pérdida de la libertad. La existencia de establecimientos psiquiátricos que funcionan como prisiones y de sentencias judiciales que son, en los hechos, condenas perpetuas a tales prisiones, es el telón de fondo contra el cual debe plantearse toda discusión acerca de la responsabilidad delictiva. Esto es particularmente válido para aquellas jurisdicciones en que no existe la pena de muerte. Porque, ¿qué importa que el acusado fuera o no, en el momento de cometer el delito, «sano» y responsable por este o «insano» y por ende no responsable?

IV

La mayoría de las palabras, y ciertamente *todas* las que se utilizan en los tribunales durante un proceso judicial, poseen un valor estratégico. Su significado debe inferirse fundamentalmente de las consecuencias a que dan lugar. Las consecuencias de alegar «culpabilidad» o «inocencia» son claras, y, en general, bien conocidas. Las consecuencias de alegar «inocencia por motivos de insania», en cambio, ni son claras ni bien conocidas. Sintéticamente, son las siguientes: Si el alegato de insania no puede probarse y el reo es declarado culpable, se lo sentencia a cumplir el castigo que prescribe la ley y que estipula el juez, como si hubiera presentado cualquier otro alegato. Si la defensa tiene éxito, el destino del reo variará según la jurisdicción. Hay dos posibilidades básicas. Una es que la absolución por motivos de insania sea considerada de la misma manera que cualquier otra absolución: el reo sale entonces de la corte de justicia convertido en un hombre libre. Esto es lo que ocurrió con el personaje de Robert Traver en *Anatomía de un asesinato*.[143] Es también lo que hubiera ocurrido con Jack Ruby si la defensa de Melvin Belli hubiese tenido éxito.[144] Este desenlace es poco habitual y cada vez más infrecuente.
El otro curso de acción, que en años recientes está ganando terreno rápidamente, es tratar al individuo absuelto por motivos de insania como una persona peligrosa de la cual la sociedad necesita protegerse al máximo. En lugar de abandonar el tribunal como un hombre libre, el reo es trasladado de inmediato a un asilo para insanos, donde deberá permanecer hasta que se «cure» o hasta que «ya no constituya un peligro para sí mismo ni para los demás».[145] Como ejemplo de este concepto y procedimiento citemos lo que sucede en el Distrito de Columbia, donde «Si un procesado [. . .] es absuelto con el único argumento de que estaba insano en el momento de cometer su falta, el tribunal ordenará que se lo confine en un hospital para enfermos mentales».[146] La regla establecida por el Instituto Norteamericano de Derecho incorpora el mismo principio de reclusión automática. «En todas nuestras opiniones», escribió el juez Kaufman, «nunca pensamos que la opción se diera entre la prisión y la liberación inmediata. Más bien creemos que la verdadera opción se da entre distintas formas de reclusión institucional: entre la prisión y el hospital neuropsiquiátrico. Subyacente a la decisión que hoy tomamos está la creencia de que el trata-

miento de las personas realmente incompetentes en instituciones neuropsiquiátricas servirá mejor los intereses de la sociedad, así como los del acusado».[147]

Reflexiónese sobre lo que esto significa. El juez reconoce que el acusado es mentalmente competente para ser sometido a proceso; le permite presentar un alegato y defenderse lo mejor que pueda, y lo considera suficientemente sano como para ser sentenciado a la cárcel si se prueba su culpabilidad. Pero si llegara a descubrirse que es «inocente por motivos de insania», este veredicto lo trasforma al punto en una persona «realmente incompetente», a la cual el juez estima justificado internar en un hospital neuropsiquiátrico. «En el pasado», decía John Stuart Mill en su famoso ensayo *Sobre la libertad*, «cuando se afirmaba que los ateos debían morir en la hoguera, las personas caritativas sugerían que en lugar de ello se los enviase al manicomio; no sería nada sorprendente que hoy asistiéramos a semejante proceder y viéramos autovanagloriarse de ello a quienes así actúan, por haber adoptado un modo tan humanitario y cristiano de tratar a esos infortunados en vez de perseguirlos por motivos religiosos —no sin la callada satisfacción de comprobar que así reciben su merecido—».[148] Esto fue escrito cuando Freud tenía tres años y no existía todavía una «psiquiatría científica» que permitiera «esclarecer» el problema de la responsabilidad delictiva.

En suma: no es posible evaluar los tests de responsabilidad delictiva sin antes saber si «absolución» significa libertad o reclusión. Más importantes que las diferencias semánticas entre la regla de M'Naghten y sus rivales son las consecuencias personales que tiene para el acusado que su alegato de insania tenga éxito. En verdad, la preocupación por los términos en que se formulan las diversas reglas, tanto por parte de los profesionales como del público en general, no hace sino distraer la atención del problema básico: el control social a través de la psiquiatría legal. En realidad, cuando el triunfo de un alegato de insania significa reclusión, el reo que está bien informado rara vez piensa que el alegato sirve sus mejores intereses, y tiende a evitarlo, prefiriendo el castigo que sufrirá en la cárcel al «tratamiento» que se le brindará en el hospital.

V

¿Qué ocurriría en aquellas jurisdicciones en que la absolución por motivos de insania es seguida automáticamente de la reclusión, si el reo comprendiera con claridad cuál es la opción que se le presenta? Me aventuro a predecir que esos alegatos serían cada vez menos frecuentes, y quizá desaparecerían por completo. Aunque difícilmente sea esta la intención de las reglas «liberalizadas» de insania delictiva, para mí sería un feliz desenlace. No creo que la insania deba ser una «condición exculpatoria» del delito. Cuanto antes se elimine el alegato de insania o desaparezca a causa de sus deplorables consecuencias para el acusado, mejor será para todos.

Pero aun cuando el reo no elija por sí mismo recurrir a ese alegato, los organismos legales del Estado se sentirán tentados de emplearlo en la medida en que la ley autorice a los médicos a encarcelar a la gente en hospitales neuropsiquiátricos. Un ejemplo de la forma en que podría suceder esto lo da lo ocurrido en el Distrito de Columbia luego de ser adoptada la regla de Durham. Como el alegato de «inocencia por motivos de insania» implicaba una estadía segura por tiempo indefinido en el Hopital St. Elizabeths, en algunos caso los jueces no permitían que el reo se declarara culpable y recibiera una condena breve de cárcel, sino que insistían en que alegara inocencia por motivos de insania, siendo así, luego de la «absolución», internado en un hospital neuropsiquiátrico.[140] En una resolución que eludía los problemas constitucionales involucrados, la Corte Suprema declaró, en 1962, que esta táctica era improcedente, y que en vez de imponer un alegato involuntario de insania a tales reos, el tribunal debía iniciar un procedimiento legal para su internación compulsiva.[150] Esto no solo deja intacta la reclusión como sanción cuasi-penal, sino que reconoce en ella una alternativa constitucionalmente correcta frente a la condena de cárcel. Queda a cargo de los intérpretes autorizados de la Constitución decidir si es o no constitucional que el Estado utilice los hospitales neuropsiquiátricos para privar a los ciudadanos de su libertad. Hasta el presente, los tribunales han juzgado que esa privación de libertad era constitucional. Recordemos que en otras épocas los tribunales juzgaron que la esclavitud también lo era.

Decidan lo que decidieren los tribunales, los ciudadanos responsables deben formarse una opinión personal sobre el asun-

to; pues, independientemente de los motivos que hubiere, privar a una persona de su libertad es un acto moral y político. Quienes apoyan la internación involuntaria de estos individuos en un hospital niegan esto, sosteniendo que es terapéutica, o que es una condición necesaria para la adecuada administración de cierto tipo de tratamiento psiquiátrico (el electrochoque, por ejemplo). Según este punto de vista, mantenido por muchos psiquiatras, la reclusión puede compararse a la restricción de movimientos que se le impone a un paciente para practicarle una operación quirúrgica. La diferencia obvia, por supuesto, es que el individuo que va a ser operado admite que se lo sujete, en tanto que el paciente mental no. ¿Cómo decidir, pues? La restricción de movimientos que se le impone a la persona mediante la reclusión, ¿es terapia o es castigo?

Formular la pregunta médica: «¿Cuál es la droga más apropiada para el tratamiento de la neumonía neumocócica?» implica plantear un *problema técnico* que *no* es previsible que el lego domine; lo mejor que puede hacer es escoger un experto competente que lo asesore, y luego aceptar o rechazar su opinión. En cambio, formular la pregunta moral: «¿Se justifica privar a una persona de su libertad con el fin de tratarla por una enfermedad mental?» implica plantear un *problema ético* que el lego *puede* dominar. Ante la opción entre libertad y salud mental (no importa cómo se las defina), debe resolver cuál de ambas valora más.

Es una vana esperanza la de creer que la psiquiatría científica nos salvará de los problemas y decisiones morales. Con solo que nos permitamos mirar a nuestro alrededor con los ojos que Dios nos dio y con el coraje que únicamente nosotros mismos podemos darnos, veremos a la psiquiatría legal y a la internación involuntaria en hospitales neuropsiquiátricos tal cual son: un sistema seudomédico de controles sociales. Este tipo de psiquiatría (debe tenerse siempre presente que no es el único tipo) está al servicio del Estado burocrático, ya se trate de un Estado totalitario o democrático. Para la «psiquiatría científica» rusa, Valeriy Tarsis estaba mentalmente enfermo; para la «psiquiatría científica» norteamericana, lo estaba Ezra Pound. Una «psiquiatría científica» digna de ese nombre debe empezar por explicar estos hechos. De esa manera, tendrá un atraso de sesenta años apenas con respecto a Jack London, quien escribió sobre un obispo que «por obedecer el mandato de Cristo fue encerrado en un manicomio».[151] ¿Cuál fue el motivo? Que «sus

ideas eran peligrosas para la sociedad, y la sociedad no podía concebir que ideas tan peligrosas como esas fueran el producto de una mente sana».[152]

VI

Ni la regla de M'Naghten, ni la de Durham, ni la del Instituto Norteamericano de Derecho son «humanitarias», pues todas ellas disminuyen la responsabilidad personal y así menoscaban la dignidad humana; ni son tampoco «liberales», porque ninguna de ellas promueve la libertad individual bajo el imperio de la ley. La costumbre, que data de varios siglos atrás, de utilizar la internación en hospitales neuropsiquiátricos como medio para castigar a los «trasgresores» ha recibido renovado ímpetu en nuestros días con la retórica de la «psiquiatría científica». Los conceptos contemporáneos sobre la «enfermedad mental» oscurecen las contradicciones resultantes de nuestra prosecución de políticas y objetivos antagónicos: el individualismo porque promete libertad, el colectivismo porque promete seguridad. A través de la ética de la salud mental, la psiquiatría promueve así el buen funcionamiento de la sociedad burocrática de masas, y le proporciona su ideología característica. De acuerdo con esta ideología, la pérdida de libertad puede ser punitiva o terapéutica: si el individuo comete la infracción porque es «malo», la pérdida de libertad es su castigo; si la comete porque es «enfermo», es su terapia. Desde esta perspectiva, la desviación es vista como enfermedad más que como maldad, y el individuo como paciente más que como ciudadano.

Esta perspectiva psiquiátrica sobre los problemas de la vida oculta el dilema moral fundamental —la opción característica— con que nos enfrentamos: ¿Queremos ser libres o esclavos? Si elegimos la libertad, no podemos impedir que nuestro semejante también la elija; si elegimos la esclavitud no podemos permitirle que sea otra cosa que esclavo.

En último análisis, el alegato de insania y el veredicto de insania, junto con las sentencias a prisión llamadas «tratamientos» y cumplidas en edificios llamados «hospitales» forman parte de la compleja estructura de la psiquiatría institucional, la cual, según he tratado de mostrar, no es sino esclavitud disfrazada de terapia. Quienes valoran y desean defender la libertad individual solo se sentirán satisfechos cuando este crimen de lesa humanidad sea abolido.

9. La internación involuntaria en hospitales neuropsiquiátricos: un crimen de lesa humanidad*

I

Desde hace cierto tiempo vengo sosteniendo que la reclusión involuntaria de personas en establecimientos de salud mental es una forma de encarcelamiento;[153] que tal privación de la libertad es contraria a los principios morales encarnados en la Declaración de la Independencia y la Constitución de Estados Unidos;[154] y que representa una crasa violación de los conceptos contemporáneos acerca de los derechos humanos fundamentales.[155] La costumbre de que hombres «sanos» encarcelen a sus congéneres «insanos» en «hospitales para enfermos mentales» es comparable a la de los blancos que esclavizaban a los negros. En otras palabras, considero que la reclusión involuntaria constituye un crimen de lesa humanidad.

Las instituciones y prácticas sociales vigentes, en especial las de antigua data, son por lo general sentidas y aceptadas como buenas y útiles. Durante miles de años la esclavitud fue considerada un medio social «natural» de obtener mano de obra humana, aceptado por la opinión pública, el dogma religioso, la Iglesia y el Estado;[156] fue abolida hace apenas cien años en Estados Unidos, y sigue siendo una práctica social muy difundida en ciertas regiones del mundo, sobre todo en Africa.[157] La reclusión de los insanos gozó desde sus comienzos, hace aproximadamente tres siglos, de una aceptación igualmente amplia; médicos, letrados y legos sostuvieron de consuno la conveniencia terapéutica y la necesidad social de la psiquiatría institucional. A mi afirmación de que la reclusión de los insanos es un crimen de lesa humanidad puede entonces objetársele —como de hecho ocurrió— primero, que es beneficiosa para los enfermos mentales, y segundo, que es necesaria para proteger a los miembros mentalmente sanos de la sociedad.

Como ejemplo del primer argumento citemos a Slovenko: «Confiar únicamente en los procedimientos voluntarios de

internación hospitalaria implica ignorar el hecho de que algunas personas pueden desear recibir atención y custodia pero ser incapaces de expresar su deseo de manera directa».[158] El encarcelamiento en los hospitales neuropsiquiátricos es descrito aquí —¡por un profesor de derecho!— como un servicio que el Estado presta a las personas porque estas lo «desean» pero no saben cómo pedirlo. Por su parte, Felix defiende la internación involuntaria diciendo simplemente: «Lo que tenemos ante nosotros *son* enfermedades de la mente [las bastardillas son del autor]».[159]
Como ejemplo del segundo argumento mencionaré la opinión de Guttmacher sobre mi libro *Law, liberty and psychiatry*: «. . . un libro pernicioso, [. . .] que sin duda provocará una intolerable e injustificada angustia en las familias de los pacientes psiquiátricos».[160] Se admite con ello que las familias de los «pacientes psiquiátricos» suelen recurrir al uso de la fuerza con el fin de controlar a sus «seres queridos», y que cuando se les llama la atención sobre este hecho se sienten confundidos y culpables. Felix, en cambio, define simplemente como deber del psiquiatra proteger a la sociedad: «el psiquiatra del futuro será, como el de hoy, uno de los guardianes de su comunidad».[161]
Estas explicaciones convencionales acerca de la naturaleza y aplicaciones de la reclusión no son, sin embargo, otra cosa que meros justificativos, aceptados por la cultura, de ciertas formas cuasi-médicas de control social, ejercidas especialmente contra individuos y grupos cuyo comportamiento no viola las leyes penales pero amenaza los valores sociales establecidos.

II

¿Qué pruebas hay de que la reclusión no cumple el propósito de ayudar o de tratar a personas cuya conducta se desvía de las normas sociales prevalecientes o las amenaza, y que por los inconvenientes que causan a sus familiares, vecinos o jefes pueden ser incriminados «enfermos mentales»?

1. *Las pruebas médicas.* La enfermedad mental es una metáfora. Si por «enfermedad» entendemos un trastorno de los mecanismos fisicoquímicos del organismo humano, podemos afirmar que lo que denominamos enfermedades mentales fun-

cionales no son en absoluto enfermedades.[162] Las personas que, según se dice, sufren esos trastornos son desviados o ineptos sociales, o están en conflicto con individuos, grupos o instituciones. Si no sufren ninguna enfermedad, es imposible «tratarlos» como si la sufrieran.

Aunque la expresión «enfermo mental» se aplica habitualmente a personas que no padecen ninguna enfermedad orgánica, a veces se la aplica a personas que sí la padecen (p. ej., a personas intoxicadas con alcohol y otras drogas, o a ancianos que sufren una lesión degenerativa del cerebro). No obstante, cuando se interna en forma involuntaria a personas que tienen lesiones cerebrales demostrables, el objetivo primordial es ejercer un control social sobre su conducta;[163] el tratamiento de la enfermedad es, en el mejor de los casos, un argumento secundario. A menudo la terapia es inexistente, y la custodia es apodada «tratamiento».

En suma, la reclusión de personas con «psicosis funcionales» cumple una finalidad moral y social, no médica ni terapéutica. De ahí que si futuras investigaciones demostraran que ciertos estados que ahora se consideran enfermedades mentales «funcionales» son «orgánicos», mi argumentación contra la internación involuntaria en hospitales neuropsiquiátricos no se vería afectada por ello.

2. *Las pruebas morales.* En las sociedades libres, la relación entre médico y paciente se funda en el supuesto legal de que el individuo es «dueño» de su cuerpo y de su personalidad.[164] El médico sólo puede examinar y tratar a un paciente con su consentimiento; este último es libre de rechazar el tratamiento (p. ej., puede negarse a ser operado por un cáncer).[165] Luego de su muerte, la «propiedad» de su cuerpo se trasfiere a sus herederos: para practicar una autopsia, el médico debe obtener el permiso de los parientes. John Stuart Mill sostuvo explícitamente que «. . . cada persona es el custodio apropiado de su salud corporal, mental o espiritual».[166] La reclusión es incompatible con este principio moral.

3. *Las pruebas históricas.* La práctica de la reclusión floreció mucho antes de que hubiese «tratamientos» mentales o psiquiátricos o «enfermedades mentales». En realidad, la locura o la enfermedad mental no fue siempre una condición necesaria para la reclusión. En el siglo XVII, por ejemplo, «los hijos de artesanos y otros habitantes pobres de París, cuya edad fuera inferior a los 25 años, [. . .] las muchachas per-

vertidas o en evidente peligro de ser pervertidas» y otros «miserables» de la comunidad, como los epilépticos, los sifilíticos y los menesterosos con enfermedades crónicas de todo tipo, eran considerados candidatos apropiados para su internación en el Hôpital Général.[167] Y cuando en 1860 la señora Packard fue encarcelada por desavenencias con su marido, que era ministro,[168] las leyes de reclusión del estado de Illinois establecieron claramente que «las mujeres casadas [...] pueden ser internadas o mantenidas en el hospital a requerimiento de su esposo o tutor [...] sin la evidencia de insania exigida en otros casos».[169] No es casual, por cierto, que esta ley fuera sancionada y puesta en vigor más o menos por la misma época en que Mill publicó su ensayo *La sujeción de las mujeres.*[170]

4. *Las pruebas literarias.* La internación involuntaria de enfermos mentales desempeña un papel importante en gran número de cuentos y novelas de muchos países. Ninguno de los que he leído la describen como beneficiosa para la persona internada; por el contrario, siempre se la pinta como un dispositivo al servicio de intereses contrarios a los del llamado «paciente».[171]

III

Que la reclusión de las personas «mentalmente enfermas» sea necesaria para la protección de las personas «mentalmente sanas» es algo más difícil de refutar, no porque sea valedero sino a causa de la extrema vaguedad del peligro que supuestamente plantean los «pacientes mentales».

1. *Las pruebas médicas.* Se aplica aquí el mismo razonamiento anterior: si la «enfermedad mental» no es una enfermedad, no hay justificativos médicos para proteger a las personas contra una enfermedad. La analogía entre la enfermedad mental y una enfermedad contagiosa queda entonces echada por tierra: las razones para aislar a los enfermos con tuberculosis o fiebre tifoidea, o para restringir de algún modo su libertad de acción, no pueden hacerse extensivas a los pacientes con «enfermedades mentales».
Además, como la concepción psiquiátrica de la enfermedad mental que goza de aceptación actualmente no distingue

entre la enfermedad como estado biológico y como rol social,[172] no solo es falsa sino también peligrosamente engañosa, sobre todo si se la utiliza para justificar determinadas acciones sociales. Según dicha concepción, la enfermedad mental tiene «existencia objetiva», independientemente de sus «causas» (anatómicas, genéticas, químicas, psicológicas o sociales). Una persona tiene o no tiene una enfermedad mental; o es mentalmente enferma, o es mentalmente sana. Aun cuando el rol de paciente mental le sea impuesto contra su voluntad, su «enfermedad mental» existe «objetivamente»; y aun cuando nunca sea tratada como paciente mental, como sucede con una Persona Muy Importante, su «enfermedad mental» sigue existiendo «objetivamente», con independencia de las actividades del psiquiatra.[173]

El resultado de todo ello es que la expresión «enfermedad mental» se adapta a la perfección para las mistificaciones: pasa por alto la cuestión decisiva de si el individuo asume el rol de paciente mental en forma voluntaria, y por ende desea mantener algún tipo de intercambio personal con un psiquiatra, o si se lo coloca en ese rol contra su voluntad, y por ende se opone a mantener tal intercambio. Luego, esta confusión se emplea de manera estratégica, ya sea por el sujeto mismo para defender *sus propios* intereses, o por sus adversarios para defender *los de ellos.*

En contraste con esta concepción, yo sostengo, primero, que el paciente mental internado contra su voluntad es, por definición, el ocupante de un rol adscrito; y segundo, que su «enfermedad mental» —a menos que esta expresión se aplique exclusivamente a lesiones o disfunciones demostrables del cerebro— es siempre el producto de la interacción entre psiquiatra y paciente.

2. *Las pruebas morales.* El elemento decisivo de la internación involuntaria en hospitales neuropsiquiátricos es la coacción. Como la coacción es un acto de ejercicio de poder, es siempre un acto moral y político. Por consiguiente, sea cual fuere su justificación médica, la internación es en lo fundamental un fenómeno moral y político, así como la esclavitud fue en lo fundamental un fenómeno moral y político, cualquiera que haya sido su justificación antropológica y económica.

Aunque los métodos psiquiátricos de coacción son indiscutiblemente útiles para quienes los emplean, no son sin duda indispensables para solucionar los problemas que los llama-

dos «pacientes mentales» plantean a quienes los rodean. Si un individuo amenaza a otros en virtud de sus creencias o de sus acciones, hay otros métodos para tratarlo que no los «médicos»: si su comportamiento fue ofensivo desde el punto de vista ético, podrían aplicársele sanciones morales; si trasgredió la ley, podrían aplicársele sanciones legales. A mi entender, tanto las sanciones morales informales (el ostracismo, el divorcio) como las jurídicas formales (una multa, una condena de cárcel) son más honorables y menos atentatorias contra el espíritu humano que la seudomédica sanción psiquiátrica de internar al sujeto en un hospital.[174]

3. *Las pruebas históricas.* La reclusión de las personas llamadas «enfermos mentales» protege sin duda a la comunidad contra ciertos problemas. Si no lo hiciese, la práctica no habría surgido ni subsistido. Pero lo que debemos preguntarnos no es si la reclusión *protege o no protege* a la comunidad de los «pacientes mentales peligrosos», sino más bien *cuál es el peligro* contra el que la protege, y *por qué medios* lo hace. ¿En qué sentido eran peligrosos las prostitutas y vagabundos de París en el siglo XVII? ¿Y las mujeres casadas de Illinois en el siglo XIX?

Por lo demás, es significativo que son pocas las personalidades importantes de los últimos cincuenta años, más o menos, a las que los psiquiatras no les hayan diagnosticado algún tipo de «enfermedad mental». Barry Goldwater fue titulado «esquizofrénico paranoide»,[175] Whittaker Chambers, «personalidad psicopática»;[176] Woodrow Wilson, «un neurótico» con frecuencia «muy próximo a la psicosis»;[177] y de Jesús se dijo que tenía «una degeneración mental congénita» y un «sistema delirante fijo», y que era un «paranoide» con un «cuadro clínico [tan típico] que es inconcebible que se pueda incluso cuestionar la exactitud del diagnóstico».[178] La nómina es interminable.

A veces, los psiquiatras declaran a una misma persona sana *e* insana, según los dictados políticos de sus superiores y las exigencias sociales del momento. Antes de su proceso y ejecución, Adolph Eichmann fue examinado por varios psiquiatras, todos los cuales lo hallaron normal; luego de ser ejecutado, se dieron a conocer y tuvieron amplia difusión «pruebas médicas» de su insania.

De acuerdo con lo que sostiene Hannah Arendt, «media docena de psiquiatras habían certificado que él [Eichmann] era "normal"». Uno de los psiquiatras aseveró que «... toda su

perspectiva mental, la actitud que tenía hacia su mujer e hijos, sus padres, hermanos y amigos» era «no solo normal sino digna de emulación». Y el pastor que lo visitaba regularmente en la prisión declaró que era «un hombre con ideas muy positivas».[179] Una vez ejecutado, Gideon Hausner, fiscal general de Israel, que había dirigido la acusación, reveló en un artículo aparecido en *The Saturday Evening Post* que, según el diagnóstico de los psiquiatras, Eichmann era «un hombre obsesionado por un impulso peligroso e insaciable a matar», «una personalidad sádica, pervertida».[180]

Que hombres como los que acabo de mencionar sean o no considerados «peligrosos» depende de las creencias religiosas, convicciones políticas y situación social del observador. Por otra parte, la «peligrosidad» de tales personas —pensemos de ellas lo que pensáremos— no es análoga a la de un individuo con tuberculosis o fiebre tifoidea; ni tampoco es lo mismo suprimir la «peligrosidad» de esas personas que suprimir la «infecciosidad» de alguien afectado por una enfermedad contagiosa.

En síntesis: sostengo —y afirmo que las pruebas históricas me dan la razón— que ciertas personas son recluidas en hospitales neuropsiquiátricos no porque sean «peligrosas» ni porque estén «mentalmente enfermas», sino porque son los chivos emisarios de la sociedad, cuya persecución es justificada por la propaganda y la retórica psiquiátricas.[181]

4. *Las pruebas literarias.* Nadie discute que la hospitalización involuntaria de los llamados insanos peligrosos «protege» a la comunidad; las discrepancias surgen respecto de la naturaleza de la amenaza que enfrenta la sociedad y los métodos y legitimidad de la protección que ofrece. En este sentido cabe recordar que la esclavitud también «protegía» a la comunidad: liberaba a los dueños de esclavos del trabajo manual. La reclusión ampara, del mismo modo, a los miembros de la sociedad no internados; en primer lugar, les evita tener que adaptarse a las molestas y peculiares exigencias de ciertos miembros de la comunidad que no han violado ningún estatuto legal; y, en segundo lugar, les evita tener que acusar, iniciar proceso, condenar y castigar a miembros de la comunidad que han violado la ley pero que no serían condenados por un tribunal, o si lo fueran, no podría mantenérselos encerrados en una prisión tan eficazmente o durante tanto tiempo como es posible hacerlo en un hospital neuropsiquiátrico. Las pruebas literarias a que antes hemos aludido

prestan pleno apoyo a esta interpretación de la función que cumple la internación involuntaria en hospitales neuropsiquiátricos.

IV

He sugerido que la reclusión constituye un dispositivo social mediante el cual una parte de la sociedad se asegura ciertas ventajas a expensas de otra. Para ello, los opresores deben poseer una ideología que justifique sus finalidades y acciones, y deben contar con el poder de policía del Estado para imponer su voluntad a los oprimidos. ¿Qué es lo que hace de ese dispositivo social un «crimen de lesa humanidad»? Podría argüirse que el uso del poder del Estado es legítimo cuando los ciudadanos respetuosos de la ley castigan a los trasgresores. ¿Qué diferencia hay entre este uso del poder del Estado y el que se le da en el caso de la reclusión?

En primer término, la diferencia entre recluir al «insano» y encarcelar al «delincuente» es la misma que entre el imperio del hombre y el imperio de la ley: [182] los «insanos» son sometidos a los controles coactivos del Estado porque personas más poderosas que ellos los han titulado «psicóticos», mientras que los «delincuentes» son sometidos a dichos controles porque han violado normas legales iguales para todos.

La segunda diferencia entre estos dos procedimientos reside en sus finalidades expresas. El propósito principal de encarcelar a los delincuentes es proteger las libertades de los miembros de la sociedad respetuosos de la ley.[183] Como el individuo sujeto a reclusión no es considerado una amenaza a la libertad en la misma forma que el delincuente (si lo fuera, sería procesado), su separación de la sociedad no puede justificarse con los mismos argumentos. La reclusión debe basarse en sus potencialidades terapéuticas: su capacidad de restituirle al «paciente» su «salud mental». Pero si la única manera de lograr esto es privar al individuo de su libertad, la «internación involuntaria en hospitales neuropsiquiátricos» se convierte en un camuflaje verbal para lo que es, en la práctica, un castigo. Este castigo «terapéutico» difiere, sin embargo, de los castigos jurídicos tradicionales por cuanto el delincuente acusado tiene a su disposición una profusa panoplia de medidas constitucionales que lo protegen contra la falsa acusación y la opresión penal, mientras que el pa-

ciente mental acusado carece por completo de esa forma de protección.[184]
Con el fin de dar mayor fundamento a esta concepción de la reclusión involuntaria y de situarla en una perspectiva histórica, repasaré brevemente las similitudes entre la esclavitud y la psiquiatría institucional. (Por «psiquiatría institucional» entiendo, en general, las intervenciones psiquiátricas que les son impuestas a ciertas personas por otras, y que se caracterizan porque el cliente o «paciente» ostensible pierde por completo el control sobre su participación en la relación con el especialista. El «servicio» paradigmático que presta la psiquiatría institucional es, desde luego, la internación involuntaria en hospitales neuropsiquiátricos.)[185]

V

Supóngase que una persona quiere estudiar la esclavitud. ¿Cómo procedería para ello? Podría comenzar estudiando a los esclavos mismos. Encontraría entonces que son en general personas incultas, brutales, pobres, y quizá concluyera que la esclavitud es su situación social apropiada o «natural». En verdad, tales fueron los métodos y conclusiones de una cantidad innumerable de personas a través de los tiempos.[186] Hasta el gran Aristóteles sostuvo que los esclavos eran «naturalmente» inferiores y por ende era justo que fueran sometidos. «Desde el momento de su nacimiento», dijo, «algunos están destinados al sometimiento, otros a gobernar».[187] Esto se asemeja al concepto moderno de «criminalidad psicopática» y «esquizofrenia» como enfermedades de origen genético.[188]
Otro estudioso, «prejuiciado» por su desprecio por la institución de la esclavitud, podría proceder de manera diferente. Afirmaría que no puede haber esclavos sin amos que los sometan, y consideraría en consecuencia que la esclavitud es un tipo de *relación* humana y, en general, una *institución social* sustentada en la costumbre, la ley, la religión y la fuerza. Desde este punto de vista, para estudiar la esclavitud es tan importante estudiar a los amos como a los esclavos.
Este último punto de vista goza hoy de aceptación general con respecto a la esclavitud, pero no con respecto a la psiquiatría institucional. La «enfermedad mental» del tipo que se encuentra en los hospitales neuropsiquiátricos ha sido in-

vestigada durante siglos, y sigue siéndolo en la actualidad, en una forma bastante parecida a como se estudiaba a los esclavos en el Sur de Estados Unidos antes de la Guerra de Secesión. La «existencia» de esclavos se daba por sentada, observando y clasificando consecuentemente sus características biológicas y sociales. En nuestros días, se da análogamente por sentada la «existencia» de «pacientes mentales»;[189] de hecho, está muy difundida la creencia de que su número es cada vez mayor.[190] La tarea del psiquiatra consiste, pues, en observar y clasificar las características biológicas, psicológicas y sociales de tales pacientes.[191] Esta perspectiva es una manifestación, en parte, de lo que he denominado «el mito de la enfermedad mental»,[192] o sea, de la idea de que las enfermedades mentales son similares a las orgánicas, y en parte de la gran necesidad que tiene el psiquiatra de negar la complementariedad básica de su relación con el paciente mental involuntario. El mismo tipo de complementariedad prevalece en todas aquellas situaciones en que una persona o bando asume un rol superior o dominante y asigna un rol inferior o sometido a otra; por ejemplo, amo y esclavo, acusador y acusado, inquisidor y bruja.

La analogía fundamental entre amo y esclavo, por un lado, y la psiquiatría institucional y el paciente internado involuntariamente, por el otro, radica en esto: en ambos casos, el primer miembro del par *define* el rol social del segundo, y le *impone* por la fuerza ese rol.

VI

Allí donde existe la esclavitud debe haber criterios para decidir quién puede y quién no puede ser esclavizado. En la antigüedad, todos podían serlo; la esclavitud era la consecuencia habitual de la derrota militar. Luego del advenimiento del cristianismo, aunque los pueblos de Europa continuaron guerreando entre sí, no convertían en esclavos a los prisioneros cristianos. Según Dwight Dumond, «. . . la teoría de que un cristiano no podía ser hecho esclavo pronto contó con respaldo suficiente como para ser considerada un aspecto del derecho internacional».[193] En la época de la colonización de América, los pueblos del mundo occidental estimaban que los únicos seres humanos a quienes podía incorporarse al tráfico de esclavos eran los negros.

Rigen criterios parecidos para distinguir entre quienes pueden ser encarcelados en hospitales neuropsiquiátricos y quienes no pueden serlo: las personas pobres, sin importancia social, pueden serlo, en tanto que las Personas Muy Importantes no pueden serlo.[104] Esta regla se manifiesta de dos modos: primero, en las estadísticas sobre hospitales neuropsiquiátricos, que muestran que la mayoría de los pacientes internados pertenecen a los más bajos estratos socioeconómicos;[105] segundo, en la infrecuencia con que se interna a las Personas Muy Importantes.[106] Pero aun los científicos sociales más sofisticados suelen comprender o interpretar mal estas correlaciones, atribuyendo la baja proporción de personas de clase alta internadas a una negación de su parte (o de parte de sus allegados) del «hecho médico» de que la «enfermedad mental» puede «sobrevenirle» a cualquiera.[107] Por cierto que las personas poderosas pueden sentirse angustiadas o deprimidas, o actuar de manera frenética o paranoide; pero esto nada tiene que ver, por supuesto. El enfoque médico que define todo estado de aflicción o conducta afligente como enfermedad mental —enfoque tan ampliamente aceptado hoy día— no hace más que confundir el juicio del observador acerca del carácter del comportamiento de otro individuo con el poder del observador para imponer a ese individuo el rol de paciente involuntario. Aquí me limito a sostener que a las personas prominentes y poderosas rara vez se les impone ese rol, por motivos obvios: el estado de degradación del paciente recluido no les cuadraría muy bien. De hecho, uno y otro estado se excluyen mutuamente en la misma medida que los del amo y el esclavo.

VII

Un supuesto básico de la esclavitud norteamericana era que, desde el punto de vista racial, el negro era inferior al caucásico. «En la obra de Ulrich Phillips», escribió Stanley Elkins refiriéndose a su libro *American negro slavery*, en que aquel expresaba sus simpatías con la posición sureña, «no hay malicia hacia el negro. Phillips estimaba profundamente a los negros como pueblo; solo que no podía considerarlos verdaderamente como hombres y mujeres: para él eran niños».[108] De igual modo, el supuesto básico de la psiquiatría institucional es que el enfermo mental es inferior, desde el punto

de vista psicológico y social, a la persona mentalmente sana. Es como un niño: no sabe qué es lo que mejor le conviene y por ende necesita que otros lo controlen y protejan.[199] Los psiquiatras suelen preocuparse mucho por sus pacientes involuntarios, a quienes consideran, no ya meros «neuróticos», sino «psicóticos», es decir, personas «muy enfermas», y que deben ser atendidas como los «niños irresponsables» que se supone que son.

El enfoque paternalista ha cumplido un papel importantísimo en la justificación tanto de la esclavitud como de la internación involuntaria. Aristóteles definía la esclavitud como «una relación esencialmente doméstica»; al hacerlo así, dice Davis, «la invistió de la aprobación de la autoridad paterna, y contribuyó a establecer un precedente que regiría en las discusiones de los filósofos políticos hasta el siglo XVIII».[200] La relación entre los psiquiatras y los pacientes mentales ha sido y continúa siendo concebida en los mismos términos. «Si un hombre me trae a su hija desde California», sostiene Braceland, «porque corre el peligro evidente de caer en el vicio o en alguna conducta deshonrosa, supone que yo no ¡habré de soltarla en la ciudad donde vivo para que haga precisamente eso».[201] En realidad, podrían citarse casi todos los artículos y libros que se ocupan del «cuidado» de los pacientes mentales involuntarios como ejemplo de que, para justificar su control coactivo de los pacientes que no cooperan, los médicos caen en el paternalismo. En un artículo sobre el suicidio, Solomon afirma: «Ciertos casos [¡no personas!] deben ser considerados irresponsables, no solo en lo atinente a sus impulsos violentos, sino también en cuestiones médicas». En esta categoría, que titula «los Irresponsables», incluye a «los Niños», «los Retardados Mentales», «los Psicóticos», y «los Enfermos Graves o Desahuciados». La conclusión de Solomon es esta: «Por más que le disguste, él [el médico] tal vez deba actuar contra los deseos del paciente para proteger la vida de este último y la de los demás».[202] Que el médico necesite, como en el caso de la esclavitud, del poder de policía del Estado para mantener dicha relación con su paciente involuntario no altera esta imagen, según la cual la psiquiatría institucional estaría al servicio de la persona.

El paternalismo es la explicación decisiva de la tenaz contradicción y el conflicto acerca de si las prácticas de los dueños de esclavos y de los psiquiatras institucionales son «terapéuticas» o «nocivas». Amos y psiquiatras profesan su benevolencia; sus esclavos y pacientes involuntarios protestan

contra su malevolencia. Como dice Seymour Halleck: «... el psiquiatra se siente una persona que ayuda a los demás, pero su paciente puede ver en él a un carcelero. Ambos puntos de vista son parcialmente correctos».[203] No es así. Ambos puntos de vista son totalmente correctos. Cada uno enuncia algo referente a un tema distinto: el primero se refiere a la autoimagen del psiquiatra, el segundo, a la imagen que el paciente mental involuntario tiene de quien lo ha apresado. En su libro *Ward 7*, Valeriy Tarsis pone en boca de su protagonista, paciente de un hospital neuropsiquiátrico, estas palabras al dirigirse al médico del hospital: «Esta es la situación. Yo no lo considero a usted un médico. Usted llama a esto un hospital. Yo lo llamo una prisión. [...] De modo que de ahora en adelante llamaremos a las cosas por su nombre. Yo soy su prisionero, usted es mi carcelero, y no vamos a andar hablando pavadas sobre mi salud ... o tratamiento».[204] Este es el diálogo típico de la opresión y la liberación. El gobernante se mira en el espejo y ve delante suyo a un liberador; el gobernado mira al gobernante y ve un tirano. Si el médico tiene poder suficiente para encarcelar a su paciente y usa de ese poder, la relación entre ambos encuadrará inevitablemente en este molde. Si no se le puede preguntar al sujeto si le gusta ser esclavizado o internado, azotado o sometido a electrochoques —porque se estima que no es un juez autorizado de sus «mejores intereses»—, entonces lo que nos queda son las opiniones divergentes de los profesionales y de sus críticos. Los profesionales insisten en que sus medidas coactivas son beneficiosas; los críticos insisten en que son dañinas.

Los defensores de la esclavitud sostenían que el negro es «más feliz [...] como esclavo de lo que podía serlo como hombre libre; esto es consecuencia de las peculiaridades de su carácter»;[205] que «... en verdad fue un acto de liberación sacar a los negros de su mundo cruel, en el que imperan el pecado y la oscura superstición»;[206] y que «... los negros estaban mejor en tierra cristiana, aun como esclavos, que viviendo como las bestias en el Africa».[207]

Análogamente, los defensores de la internación involuntaria de pacientes mentales sostienen que el paciente mental es más sano —sinónimo, en el siglo xx, de la expresión decimonónica «más feliz»— como prisionero psiquiátrico de lo que sería como ciudadano libre; que «la finalidad básica [de la internación] es asegurarles a los seres humanos enfermos la atención apropiada a sus necesidades...»;[208] y que «uno

de los rasgos de ciertas enfermedades es que las personas no se dan cuenta de que están enfermas. En síntesis, a veces es necesario protegerlos [a los enfermos mentales] durante un tiempo de sí mismos . . .».[209] No exige una gran proeza mental imaginar cuán reconfortantes —más aún, cuán absolutamente necesarias— son estas concepciones para los defensores de la esclavitud y de la internación involuntaria, aunque los hechos las contradigan.

Por ejemplo, aunque se llegó a afirmar que «no existe en toda la faz del planeta un ser más dichoso que el esclavo negro de Estados Unidos»,[210] siempre estuvo al acecho el temor a la violencia y a la rebelión de los negros. Como dice Elkins, «el hecho de que ningún hombre libre se haya presentado por propia decisión para ser convertido en esclavo es una de las pruebas de cuánto podrían haber ganado los norteamericanos en la comprensión de sí mismos gracias al análisis de la teoría del "esclavo feliz"».[211]

Las mismas perspectivas y las mismas incongruencias se aplican a la internación involuntaria en hospitales neuropsiquiátricos. Los defensores de este sistema sostienen que los pacientes internados están mejor en los hospitales, donde se los ve contentos y no pueden hacer daño a nadie; «la mayoría de los pacientes», declara Guttmacher, «cuando llegan al hospital [neuropsiquiátrico] se sienten muy contentos de estar allí. . .».[212] Al mismo tiempo se los teme por su violencia potencial, cuando escapan del cautiverio se organizan intensas cacerías y sus crímenes son destacados con gruesos caracteres en los periódicos. Además, igual que en el caso de la esclavitud, el hecho de que ningún ciudadano se presente por propia decisión para ser internado en un hospital neuropsiquiátrico es una de las pruebas de cuánto han ganado los norteamericanos en la comprensión de sí mismos gracias al análisis actual de los problemas de la salud mental.

Hoy nadie cuestiona seriamente la necesidad social, y por ende el valor básico, de la internación involuntaria de enfermos mentales, al menos para determinados enfermos. En Estados Unidos existe generalizado consenso de que, bien efectuada, esa internación es algo bueno. Puede debatirse *quién* debe ser internado, o *cómo*, o *por cuánto tiempo* . . . pero no que *nadie debe serlo*. Sostengo, sin embargo, que así como es ignominioso esclavizar a cualquier ser humano, ya sea negro o blanco, musulmán o cristiano, también es ignominioso internarlo en un hospital sin su consentimiento, ya se trate de un depresivo o un paranoide, un histérico o un esquizofrénico.

Nuestra renuencia a ahondar en este problema puede compararse a la renuencia del Sur a ahondar en el problema de la esclavitud. «Un pueblo democrático», escribe Elkins, «ya no "razona" consigo mismo cuando todos piensan igual. En tal caso los hombres no harán más que lanzarse advertencias y exhortaciones para que su solidaridad sea aún más perfecta. En realidad, los intelectuales sureños hicieron algo bastante parecido a esto a partir de la década de 1830. Y cuando la presencia real del enemigo se diluye, cuando se esfuma su carácter concreto, el intelecto, al no tener nada que se resista a él y le dé resonancia, se funde con la masa y se embrutece, y las sombras se vuelven monstruos».[213]
Nuestra creciente preocupación con la amenaza de la enfermedad mental puede ser manifestación de un proceso de esa índole... un proceso en el cual «se esfuma el carácter concreto... y las sombras se vuelven monstruos». Ya Tocqueville nos había advertido que una nación democrática es particularmente vulnerable a los peligros inherentes a un exceso de acuerdo: «La autoridad de un rey es material, y controla las acciones de los hombres sin someter su voluntad. Pero la "mayoría" posee un poder que es natural y moral al mismo tiempo, un poder que actúa sobre la voluntad a la vez que sobre la conducta de los hombres, y reprime no solo todas las disputas, sino toda controversia».[214]

VIII

En las relaciones entre amos y súbditos, ya se trate de hacendados y esclavos negros o de psiquiatras institucionales y pacientes mentales internados, hay similitudes fundamentales. Para preservar una situación de superioridad individual o de clase, es preciso, como regla, que el opresor mantenga en la ignorancia al oprimido, sobre todo en lo atinente a su relación. En Estados Unidos, la historia de los esfuerzos sistemáticos realizados por los blancos para mantener a los negros en la ignorancia es bien conocida. Un ejemplo notorio es la ley sancionada en 1824 por la Asamblea de Virginia, según la cual toda persona que enseñara a negros *libertos* a leer y escribir sería condenada a pagar una multa de 50 dólares y a dos meses de prisión.[215] La situación no era muy distinta en el Norte. En enero de 1833 Prudence Crandall admitió en la escuela privada que dirigía en Can-

terbury, estado de Connecticut, a una joven de diecisiete años, hija de una familia negra muy respetada en el lugar. A partir de ese momento la señorita Crandall sufrió el ostracismo y la persecución de sus vecinos. «Vaciaron una bolsa de estiércol en el pozo de donde sacaba agua. Se negaron a venderle cualquier mercadería y amenazaron a su padre y hermano con lanzar sobre ellos a la multitud enardecida, hacerles pagar multas y llevarlos a la cárcel si continuaban trayéndole alimentos desde su granja vecina. Amontonaron frente al porche de su casa los desperdicios del matadero del pueblo».[216] También fue acusada y sometida a proceso por haber quebrantado la ley que prohibía que se diera albergue, comida o instrucción en cualquiera de sus formas a toda persona de color, y se la declaró culpable. Finalmente su escuela fue incendiada.

Un empeño semejante para degradar educacionalmente y emprobrecer psicológicamente a las personas que tienen a su cuidado caracteriza la conducta de los directores de manicomios. En la mayoría de las prisiones norteamericanas los convictos pueden completar sus estudios secundarios y obtener el diploma correspondiente, aprender un oficio, convertirse en abogados aficionados o escribir un libro. Nada de esto es posible en un hospital neuropsiquiátrico. El requisito principal que debe cumplir la persona recluida en uno de esos establecimientos es aceptar la ideología psiquiátrica acerca de su «enfermedad» y de las cosas que debe hacer para «recuperarse». El paciente debe, por ejemplo, aceptar que está «enfermo» y que quienes lo han apresado están «sanos»; que la imagen que él tiene de sí mismo es falsa, y la de estos últimos, correcta; y que para lograr un cambio en su situación social deberá renunciar a sus concepciones «enfermas» y adoptar las concepciones «sanas» de quienes tienen poder sobre él.[217] Al aceptarse a sí mismo como «enfermo», y al aceptar que el medio institucional que lo rodea y las diversas manipulaciones de su persona que le imponen los profesionales constituyen un «tratamiento», el paciente se ve llevado a convalidar el rol del psiquiatra como el de un médico benévolo que cura enfermedades mentales. El paciente que insiste en sostener la imagen de la realidad que le está vedada y ve en el psiquiatra institucional a un carcelero, es considerado un paranoide. Además, dado que la mayoría de los pacientes —como ocurre con todas las personas oprimidas, en general— tarde o temprano aceptan las ideas impuestas por sus superiores, los psiquiatras de hospital están continua-

mente inmersos en un ambiente en que es reafirmada su identidad como «médicos».

La superioridad moral de los blancos sobre los negros era similarmente convalidada y reafirmada en la asociación entre amos y esclavos. En ambas situaciones, el opresor comienza por subyugar a su rival y luego cita su condición de oprimido como prueba de su inferioridad. Una vez que este proceso se pone en marcha, desarrolla su propio impulso y su propia lógica psicológica.

Contemplando la relación, el opresor comprobará su superioridad y por ende su merecido dominio, y el opresor su inferioridad y por ende su merecida sumisión. En las relaciones raciales de Estados Unidos seguimos cosechando los amargos frutos de esta filosofía, en tanto que en la psiquiatría todavía estamos sembrando la ponzoñosa simiente, cuya eventual cosecha tal vez sea igualmente larga y amarga.

A los convictos se les permite luchar por sus «derechos legales», no así a los pacientes mentales involuntarios. Como los esclavos, estos pacientes no tienen otros derechos que los que les otorgan sus amos médicos. De acuerdo con Benjamin Apfelberg, profesor de Psiquiatría Clínica y director médico del Proyecto de Derecho y Psiquiatría llevado a cabo por la Universidad de Nueva York, «nuestros alumnos llegan a comprender que si se lucha por los derechos *legales* de un paciente en realidad puede estar ocasionándosele un gran perjuicio. Aprenden que existe algo llamado los derechos *médicos* de una persona, el derecho a recibir tratamiento, a curarse».[218]

El «derecho médico» a que se refiere Apfelberg es un eufemismo para designar la *obligación* de permanecer recluido en una institución neuropsiquiátrica, sin posibilidad de *elegir* entre la internación y la no internación. Llamar «derecho médico» a la internación involuntaria es como llamar «derecho a trabajar» a la servidumbre involuntaria que existía en Georgia antes de la Guerra Civil.

La opresión y la degradación son desagradables a la vista, y por ello con frecuencia se las disfraza u oculta. Uno de los métodos para hacerlo es separar —en lugares especiales, como campos de concentración u «hospitales»— a los seres humanos degradados. Otra es esconder la realidad social detrás de una fachada ficticia, que Wittgenstein denominó «juegos de lenguaje».[219] El juego de lenguaje de la psiquiatría puede parecer antojadizo, pero en realidad el idioma psiquiátrico es sólo un dialecto del lenguaje común de todos los opresores.[220] Los dueños de esclavos llamaban a sus esclavos «ganado» [*li-*

vestock], a las madres de esclavos, «reproductoras» [*breeders*], a sus hijos recién nacidos, «cría» [*increase*], y los hombres que vigilaban su trabajo eran apodados *drivers*.* [221] Los defensores de la prisión psiquiátrica llaman a sus instituciones «hospitales», a los reclusos, «pacientes», y a los guardianes, «médicos»; se refieren a la sentencia de prisión como «tratamiento» y a la privación de la libertad como «protección de los mejores intereses del paciente».

En ambos casos, las falsedades semánticas son complementadas por apelaciones a la tradición, a la moral y a la necesidad social. Los proesclavistas norteamericanos argumentaban que los abolicionistas estaban equivocados por «pretender suprimir una antigua institución, reconocida por las Escrituras y por la Constitución y que forma parte inherente de la estructura de la sociedad sureña».[222] Un artículo editorial del *Telegraph*, de Washington, sostenía en 1837: «Como hombres, como cristianos y como ciudadanos, creemos que la esclavitud es buena; que la situación del esclavo, tal como hoy se da en los estados en que la esclavitud existe es la mejor organización existente de la sociedad civil»;[223] al par que otro autor proesclavista defendía esa institución en 1862 con argumentos fundamentalmente religiosos: «La esclavitud, autorizada por Dios, permitida por Jesucristo, sancionada por los apóstoles, mantenida por hombres buenos de todas las épocas, todavía perdura en una porción de nuestro amado país».[224] Basta con hojear las revistas especializadas en psiquiatría, los semanarios y los periódicos para descubrir que la internación involuntaria en hospitales neuropsiquiátricos es exaltada y defendida de manera análoga.

Al lector actual puede resultarle difícil creer que la esclavitud fuera tan incuestionadamente aceptada como un ordenamiento social natural y benéfico. Ni siquiera un pensador liberal de la envergadura de John Locke abogó por su abolición.[225] Por lo demás, las protestas contra el tráfico de esclavos habrían provocado la hostilidad de poderosos intereses religiosos y económicos, y por ende habrían exigido, como observa Davis, «considerable independencia mental, ya que los mercados de esclavos de los portugueses estaban íntimamente relacionados con las misiones cristianas, y la crítica del comercio de esclavos habría puesto en tela de juicio el propio ideal de la difusión de la fe».[226]

En realidad, el presunto crítico u oponente de la esclavitud se habría visto en dificultades frente a toda la tradición y el saber de la civilización occidental. «. . . no se puede desa-

fiar a la ligera», escribe Davis, «una institución aprobada no solo por los Padres y los cánones de la Iglesia sino también por los más ilustres autores de la Antigüedad. [. . .] El renacimiento de los estudios clásicos, que puede haber contribuido a liberar a la mente europea de su sometimiento a la ignorancia y la superstición, no hizo más que reforzar la justificación tradicional de la esclavitud humana. [. . .] ¿Cómo habría de ser intrínsecamente injusta o repugnante a la razón natural una institución apoyada por tantas autoridades y sancionada por la costumbre de todas las naciones?».[227]
Tanto en las naciones occidentales como en el bloque soviético hay respecto de la internación involuntaria dos opiniones encontradas. Según una de ellas, es un método indispensable de cura médica y un tipo de control social humanitario; según la otra, es un abuso aborrecible de la relación médica y un tipo de prisión sin proceso. Adoptamos la primera posición y consideramos «apropiada» la internación cuando se la aplica a víctimas elegidas por nosotros a quienes despreciamos; adoptamos la segunda y consideramos «impropia» la internación cuando nuestros enemigos la aplican a víctimas elegidas por ellos a quienes estimamos.

IX

El cambio de perspectiva —de ver en la esclavitud una consecuencia de la «inferioridad» de los negros y en la internación una consecuencia de la «insania» del paciente, a ver en cada una de ellas una consecuencia de la interacción entre los participantes, y en especial de la relación de poder existente entre ellos— tiene vastas implicaciones prácticas. En el caso de la esclavitud, no solo significó que los esclavos tenían el deber de rebelarse y emanciparse, sino que los amos tenían el deber aún mayor de renunciar a su rol de amos. Como es natural, un dueño de esclavos que alentara tales ideas se sentía compelido a poner en libertad a sus esclavos, sea cual fuere el costo que ello le significase. Esto es precisamente lo que hicieron algunos, y su acción tuvo profundas repercusiones en un sistema social basado en la esclavitud. El dueño de esclavos que tomaba la decisión individual de liberarlos era invariablemente expulsado de la comunidad, ya sea mediante las presiones económicas, la persecución personal, o ambas cosas. Por lo general esos individuos emigra-

ban al Norte. Para la nación en su conjunto, tales actos y los sentimientos abolicionistas que estaban tras ellos simbolizaban un cisma moral fundamental entre quienes consideraban a los negros objetos o esclavos y quienes los consideraban personas o ciudadanos. Los primeros podían continuar viendo en ellos seres de la naturaleza, mientras que los segundos no podían negar su responsabilidad moral por crear al hombre, no a imagen y semejanza de Dios, sino a imagen y semejanza del animal-esclavo.

Las implicaciones de esta perspectiva para la psiquiatría institucional son igualmente claras. Un psiquiatra que acepta como «paciente» a alguien que no quiere ser su paciente, lo define como una persona «mentalmente enferma», lo encarcela luego en una institución, evita que se escape de esta y del rol de paciente mental que se le ha adjudicado, y procede a «tratarlo» contra su voluntad, ese psiquiatra, a mi modo de ver, es el que crea la «enfermedad mental» y los «pacientes mentales». Lo hace exactamente de la misma manera en que el hombre blanco que viajaba al Africa, capturaba al negro, lo traía engrillado a América y luego lo vendía como si fuese un animal, creaba la esclavitud y los esclavos.

El paralelo que hemos trazado entre la esclavitud y la psiquiatría institucional aún puede llevarse más allá. La denuncia de la esclavitud y la libertad concedida por algunos a sus esclavos originó ciertos problemas sociales, como el desempleo de los negros, la importación de mano de obra europea barata y una gradual escisión del país en dos bandos, uno proesclavista y otro antiesclavista. De manera similar, la crítica a que sometieron ciertos psiquiatras a la relación con enfermos mentales involuntarios originó algunos problemas en el pasado, y es probable que siga originándolos en el futuro. A los psiquiatras que limitan su labor al psicoanálisis y la psicoterapia se los ha acusado de no ser «verdaderos médicos» . . . como si privar a una persona de su libertad exigiera conocimientos médicos; de «rehuir sus responsabilidades» descargándolas en sus colegas y en la sociedad, al aceptar únicamente los «casos más fáciles» y negarse a tratar a «los enfermos mentales graves» . . . como si evitar tratar a las personas que no quieren ser tratadas fuera en sí mismo un proceder ilegal; de socavar la profesión psiquiátrica . . . como si la práctica del autocontrol y la evitación de la violencia fueran nuevas formas, recientemente descubiertas, de inmoralidad.[228]

X

La profesión psiquiátrica tiene, por supuesto, enorme interés, tanto existencial como económico, en estar socialmente autorizada a dictaminar acerca de los pacientes mentales, así como los propietarios de esclavos lo tenían con respecto a estos. En verdad, en la psiquiatría contemporánea el experto no solo adquiere superioridad sobre los miembros de una clase específica de víctimas, sino sobre casi toda la población, a la que puede «evaluar psiquiátricamente».[229]

Las semejanzas económicas entre la propiedad de esclavos y la psiquiatría institucional son igualmente evidentes. El poder económico del dueño de esclavos residía en la cantidad de estos últimos que poseía. El poder económico de la psiquiatría institucional reside, análogamente, en sus pacientes mentales involuntarios, quienes no son libres de desplazarse, casarse, divorciarse o establecer contratos, sino que se hallan bajo el control del director del hospital. Así como los ingresos y el poder del dueño de una plantación se incrementaban al aumentar sus tierras y el número de sus esclavos, así los ingresos y el poder del burócrata psiquiátrico aumentan al desarrollarse el sistema institucional que controla y la cantidad de pacientes que están bajo su mando. Además, así como el dueño de esclavos podía recurrir al poder de policía del Estado para que lo ayudase a reclutar y mantener a su mano de obra esclava, así el psiquiatra institucional confía en que el Estado le preste su ayuda a fin de reclutar y mantener permanentemente una determinada población de internados en hospitales neuropsiquiátricos.

Por último, como el gobierno federal y los gobiernos estaduales tienen vastos intereses económicos vinculados con el funcionamiento de los hospitales y clínicas neuropsiquiátricos, los intereses del Estado y de la psiquiatría institucional tienden a ser los mismos. En el pasado, el gobierno federal y los gobiernos estaduales tenían vastos intereses económicos vinculados con el funcionamiento de grandes plantaciones con mano de obra esclava, y por ende los intereses del Estado y los de los propietarios de esclavos tendían a ser idénticos. La consecuencia de este tipo de arreglos es bien previsible: así como la coalición de los amos de esclavos y el Estado dio origen a intereses materiales poderosos, así sucede también con la coalición de la psiquiatría institucional y el Estado.[230] Además, en la medida en que la institución opresiva cuenta con el apoyo ilimitado del Estado, es invencible; pero como

no hay opresión sin poder, una vez que pierde ese apoyo, la institución se desintegra rápidamente.

Si este argumento es válido, es probable que, al proclamar que los psiquiatras crean a los pacientes mentales involuntarios del mismo modo que los esclavócratas creaban a los esclavos, se genere una división en la profesión psiquiátrica (y quizás en la sociedad en general) entre los que aprueban y apoyan la relación del psiquiatra con el paciente mental involuntario, y los que la condenan y se oponen a ella.

No resulta claro si estas dos facciones psiquiátricas podrán coexistir, y en qué términos. En sí misma, la práctica de la psiquiatría coactiva y de los psiquiatras paternalistas no constituye un peligro para la práctica de la psiquiatría no coactiva y de los psiquiatras que basan su relación en un contrato. Las relaciones económicas basadas en la esclavitud coexistieron durante largos períodos con las basadas en el contrato. Pero el conflicto moral plantea un problema más difícil. Porque así como los abolicionistas tendieron a minar los justificativos sociales de la esclavitud y los lazos psicológicos del esclavo con su amo, los abolicionistas de la esclavitud psiquiátrica tienden a minar los justificativos de la reclusión involuntaria y los lazos psicológicos del paciente internado con su médico.

Es probable que en definitiva las fuerzas de la sociedad se alisten en uno u otro bando. Si así sucede, tal vez podremos asistir a los comienzos de abolición de la internación involuntaria de enfermos mentales y su tratamiento, o, por el el contrario, a la vana lucha de un individualismo desprovisto de apoyo moral frente a un colectivismo que se presenta como tratamiento médico.[231]

XI

Sabemos que la dominación del hombre sobre el hombre es tan vieja como la historia misma; y podemos razonablemente suponer que se remonta a los tiempos prehistóricos y a los antepasados del hombre. Perennemente, los hombres han sometido a las mujeres; los blancos, a los negros; los cristianos, a los judíos. Sin embargo, en las últimas décadas, las razones y justificativos tradicionales de la discriminación entre los hombres —sobre la base de criterios nacionales, raciales o religiosos— han perdido gran parte de su atractivo y ad-

misibilidad. ¿Qué justificativo encuentra hoy el antiquísimo deseo del hombre de dominar y controlar a su congénere? El liberalismo moderno —una variedad de estatismo, en realidad—, aliado al cientificismo, ha satisfecho la necesidad de una renovada defensa de la opresión y ha proporcionado un nuevo grito de batalla: ¡la salud!

Según esta concepción terapéutico-progresista de la sociedad, los enfermos conforman una clase especial de «víctimas» que deben, por su propio bien y por el bien de la comunidad, ser «ayudadas» (compulsivamente y contra su voluntad, si es preciso) por los sanos, y especialmente por médicos «científicamente» capacitados para ser sus amos. Donde primero surgió y donde más avanzó esta perspectiva es en la psiquiatría, en que la opresión de los «pacientes insanos» por parte de los «psiquiatras sanos» es hoy día una costumbre social consagrada por la tradición médica y jurídica. En la actualidad, la profesión médica en su conjunto parece estar emulando este modelo. En el Estado Terapéutico hacia el cual parecemos dirigirnos, el principal requisito para ocupar el cargo de *Big Brother* * puede ser tener un título de médico.

10. Los servicios de salud mental en los establecimientos de enseñanza*

I

El sistema de escuelas públicas de Estados Unidos es una de las principales instituciones sociales del país. Sus objetivos y funciones son de dos tipos.

En primer término, opera en él, como en otras grandes burocracias, la Ley de Parkinson: la institución procura crecer y ampliar su ámbito de acción aumentando su personal, su presupuesto, la gama de servicios que ofrece, etc. No me ocuparé de este aspecto del problema, y si lo menciono aquí es solo para explicar por qué las grandes instituciones rara vez rechazan las oportunidades que se les presentan para expandirse, aun cuando ello ponga en peligro sus funciones primordiales. En el caso del sistema de escuelas públicas, esto ha significado que los consejos escolares, directores y maestros han acogido con beneplácito, en general, la «ayuda» ofrecida por los psicólogos y psiquiatras.

En segundo término, tenemos los objetivos y funciones socialmente reconocidos y codificados de las escuelas: instruir y socializar. Hasta cierto punto, estos objetivos y funciones son antagónicos.

II

¿Existen pruebas de que la instrucción y la socialización son en parte procesos antagónicos? ¿O más bien debemos presuponer —o afirmar, como hacen muchos— que no se trata de dos funciones educativas separadas sino de una sola, o de dos caras de una misma moneda? Permítaseme presentar un breve alegato en favor de la primera posición.

El desarrollo de la personalidad es un asunto complejo de índole biológica, cultural, social y personal. El tipo de personalidad que un individuo desarrolla depende en parte de

los valores que su familia y la sociedad aprecian o desprecian (de palabra y de hecho). El tipo de personalidad que el hombre moderno de Occidente ha llegado a valorar en las últimas centurias está encarnado en las religiones, estatutos legales, principios morales y costumbres de esta civilización: es una persona adecuadamente socializada pero poseedora de una auténtica individualidad. Sin embargo, la proporción exacta de ambos ingredientes necesaria para alcanzar un equilibrio apropiado es definida de diversas maneras, e, independientemente de la proporción, el logro de dicho equilibrio es una tarea en extremo delicada. Es por ello que el concepto de «hombre normal» —o, en líneas más generales, de la vida como obra dramática bien representada— resulta tan difícil de precisar.

Por consiguiente, debemos tratar de tener bien en claro cuál es la índole del conflicto entre la instrucción y la socialización. Por supuesto, a los niños se los instruye en lo que la sociedad espera de los individuos; en este sentido, el proceso de socialización forma parte de la instrucción y del aprendizaje. Pero esto es trivial; ¿qué otra cosa podría ser la socialización sino un proceso de instrucción? Además, a la instrucción que no va más allá de la mera socialización del alumno sería mejor llamarla adoctrinamiento. En otras palabras, solo el tipo más simple de instrucción, el más elemental desde el punto de vista psicológico, tiene como objetivo la socialización. En él, al alumno se le pide imitar: la finalidad es que su desempeño reproduzca el del modelo que se toma como patrón. Así, el niño puede aprender a controlar su vejiga, a utilizar el lenguaje o a comer con tenedor. Aunque este aprendizaje es esencial, de ninguna manera agota todo el ámbito de la educación. Por el contrario, la finalidad más general de la educación no es tanto un desempeño socialmente correcto como una innovación creativa, que posee sus propios patrones valorativos. A partir de la adolescencia, en particular, cuanto más seria y elaborada es la enseñanza, más probable es que genere diversidad, en vez de homogeneidad, entre los estudiantes.

Pero el proceso de la educación no termina allí. El ideal supremo del maestro no es otro que la *subversión*. (Uso el término deliberadamente, y con precisión intencional.) Esta no es una idea nueva. Grandes maestros, desde Sócrates y Jesús, pasando por Lutero y Spinoza, hasta Marx, Freud y Gandhi, fueron todos ellos críticos, y, en este sentido, subversivos, del orden ético-social existente. No eran nihilistas, por

cierto: su subversión era solamente una meta inmediata, o un medio, para alcanzar un fin lejano, la creación de un orden social más racional, más justo y pacífico. De modo que la enseñanza, y en especial la enseñanza crítica hecha con gran competencia y devoción personal, alienta muchas cualidades y valores antagónicos a los de la simple socialización. Trataré de perfilar con trazos más nítidos esta dicotomía.

En este sentido crítico, enseñar significa fomentar y recompensar la competencia, el saber, la destreza, y la búsqueda auténtica y autónoma del significado de las cosas (o «realidad»), así como la creación de dicho significado. En la escuela, la adhesión a estos valores lleva fácilmente a un estilo aristocrático de enseñanza, por el cual el sistema alienta el desarrollo de élites capaces. Una orientación educativa de esa índole crea tensiones tanto en los maestros como en los alumnos, pues el énfasis en la competencia conduce a la competitividad —y con frecuencia a la envidia, los celos y la hostilidad entre los competidores—. El resultado final no se parece en nada a la tranquila atmósfera que conduciría a la «salud mental» idílicamente concebida.

Si las metas de la educación son aristocráticas, competitivas e instrumentales, las de la socialización son exactamente opuestas: democráticas, no competitivas e institucionales. Para socializar al niño, el maestro debe hacer hincapié en los valores de la igualdad, el consenso, la popularidad y la aceptación de mitos compartidos por la cultura. La mejor manera de lograrlo es desalentar el comportamiento y la exploración personales, y alentar la conducta favorable a la solidaridad grupal. De modo que la reducción de opciones y alternativas, contraria a una educación crítica, es esencial para la socialización, sobre todo en una sociedad de masas.

En consecuencia, el agente típico de la socialización no es el maestro crítico sino el propagandista moderno —no el que clarifica, sino el que mistifica—. En tanto que el primero ofrece la verdad a costa de la inquietud espiritual y la responsabilidad personal, el segundo promete seguridad y felicidad si se sacrifica la búsqueda auténtica de la verdad y del significado de las cosas.

En definitiva, la meta de la enseñanza crítica no puede ser otra que proporcionar condiciones favorables para el desarrollo de la personalidad autónoma, mientras que la meta de la socialización no puede ser otra que la opuesta: proporcionar las condiciones favorables para el desarrollo de la personalidad heterónoma.

He descrito la educación y la socialización como empresas diametralmente opuestas, y a la autonomía y heteronomía como valores morales y tipos de personalidad mutuamente excluyentes; pero en realidad las cosas son más complicadas: las necesidades prácticas de la vida social, tal como las conocemos, exigen llegar a una solución de compromiso entre estos objetivos y valores. Al reflejar tales realidades sociales, la escuela fomenta e inhibe a la vez la autonomía y la heteronomía; expone al niño a una combinación compleja y continuamente variable de influencias, en las que instrucción y socialización están inextricablemente unidas. En nuestro carácter de estudiosos del hombre, y más específicamente de la educación, nuestra tarea es permanecer siempre alertas frente a la trama y urdimbre de la educación e identificar con claridad cuáles son las fibras que corresponden a la instrucción y cuales las que corresponden a la socialización.

En este ensayo trataré de mostrar que los servicios psiquiátricos de las escuelas promueven los objetivos de la socialización y retardan los de la educación crítica. Si esto es lo que anhelan quienes controlan nuestros principales establecimientos educativos, probablemente nada pueda impedir que trasladen sus anhelos a la acción. La sensatez de esta conducta puede, empero, ser puesta en duda.

Por lo demás, parecería que el progresivo desplazamiento de la educación por la socialización en nuestras escuelas forma parte de una pauta más general, a saber, el permanente avance de las sociedades modernas hacia el colectivismo y el estatismo. «El hombre-masa», escribía Ortega y Gasset hace más de treinta años, «ve en el Estado un poder anónimo, y como él se siente a sí mismo anónimo —vulgo—, cree que el Estado es cosa suya. Imagínese que sobreviene en la vida pública de un país cualquiera una dificultad, conflicto o problema: el hombre-masa tenderá a exigir que inmediatamente lo asuma el Estado, que se encargue directamente de resolverlo con sus gigantescos e incontrastables medios».[232]

La historia europea reciente tendría que habernos enseñado, sin embargo, que con frecuencia esos remedios son peores que la enfermedad. Sea como fuere, hoy en Estados Unidos se considera de mal gusto —sobre todo en los círculos intelectuales y profesionales— cuestionar la injerencia cada vez mayor del Estado en todos los recovecos y resquicios de la vida social, y, consecuentemente, el costo cada vez mayor (pagado en impuestos) que implica mantener el aparato estatal. En síntesis, la expansión de las escuelas, particularmente de las

escuelas públicas, hacia el campo de la salud mental no es sino un síntoma de la expansión general de las actividades del moderno Estado burocrático.

III

Echemos una mirada al funcionamiento concreto de los servicios de salud mental en los establecimientos educativos.[233] En la escuela, como en el hospital o clínica neuropsiquiátricos, el psiquiatra enfrenta un conflicto de intereses. Sabemos muy bien que, en el segundo caso, paciente e institución psiquiátrica entran a menudo en conflicto. Cuando lo están, el psiquiatra no puede favorecer a ambos. El resultado es que toma partido por el bando más poderoso en la brega: favorece al sistema, y perjudica al paciente.[234]

Cuando se incorporan servicios psiquiátricos a una escuela, el psiquiatra se encuentra en una posición similar. En general, el conflicto se plantea entre el alumno y el maestro, o entre el alumno y la dirección del establecimiento. Dado que el psiquiatra es un empleado del sistema escolar, no es de sorprender que tome una posición antagónica a los intereses del alumno (tal cual este los define). La literatura sobre psiquiatría educacional apoya este aserto. Aunque mi interés se centra aquí en los servicios psiquiátricos de las escuelas públicas primarias y secundarias, extraeré algunos datos de experiencias relatadas por psiquiatras que trabajan en universidades. Esto se justifica dado que, actúe donde actúe, la conducta del psiquiatra educacional es fundamentalmente siempre la misma.

La presunta importancia del tratamiento temprano de los niños «mentalmente perturbados» recibió poderoso impulso de la publicidad que se dio al caso de Lee Harvey Oswald y a su relación con la psiquiatría educacional. Cuando Oswald tenía trece años, sufrió supuestamente un serio trastorno de la personalidad, por cuyo motivo se solicitó ayuda profesional; no obstante, su madre se negó a que se le brindara dicha ayuda. Hasta donde he podido indagar, nadie —ningún columnista, comentarista o figura pública—cuestionó la impropiedad de dar a conocer esta información médica» referente a Oswald, presumiblemente confidencial. En vista de lo que Oswald había hecho —o, más exactamente, de lo que se le acusó de haber hecho—, cabe presumir que quedó privado

de su derecho a no dar estado público a un diagnóstico sobre su salud mental en la niñez (si es que en realidad alguien tiene ese derecho). Pero las consecuencias de este episodio en cuanto a la psiquiatría educacional no paran aquí, porque hombres que ocupan los cargos de más jerarquía y responsabilidad en nuestra sociedad han interpretado que la «enfermedad mental» de Oswald durante su niñez, y sobre todo la negativa de su madre a consentir el «tratamiento», da lugar a sospechar que *todos* los niños «enfermos mentales» son asesinos de presidentes en potencia; y de ello se infirió que tales «enfermedades» justifican adoptar medidas psiquiátricas de vasta significación.

En un artículo titulado «¿Cuándo necesita un niño atención psiquiátrica?», publicado en la revista *Parade*, 12 millones de familias fueron informadas de que: «Lo cierto es que la juventud es la época más importante de la vida para identificar y tratar los problemas psiquiátricos. Y si se ignoran las tempranas señales de advertencia, ellas pueden originar más tarde grandes dificultades, como demostró el caso de Lee Harvey Oswald».[235]

El peligro implícito en la prevalencia de esta temible «enfermedad» entre los niños es colosal: «Los problemas psiquiátricos están muy difundidos entre los niños. De acuerdo con lo afirmado por el doctor Stuart M. Finch, del Hospital de Psiquiatría Infantil de la Universidad de Michigan, entre un 7,5 y un 12 % de los alumnos de escuelas primarias de Estados Unidos —de 2,5 a 4 millones de niños— sufren trastornos emocionales que justifican un tratamiento. Si a ellos se suman los preescolares, los infantes y los estudiantes secundarios que pueden necesitar atención, esa cifra podría duplicarse».[236]

En otro artículo, publicado en *Harper's Magazine*, el senador Abrahan Ribicoff se mostró aún más alarmado y alarmante. En un tono rayano en la demagogia psiquiátrica, dio a entender que todo niño «mentalmente enfermo» es un Oswald en potencia. El artículo, titulado «The dangerous ones» [Los peligrosos], comienza mencionando el encuentro de Oswald con un asistente social escolar a la edad de 13 años, y añade: «Oswald no recibió nunca esa ayuda [aconsejada por el asistente social], como informó concisamente la Comisión Warren en 1964. Oswald está muerto, y también lo está nuestro querido Presidente por él asesinado. Pero, según las estimaciones de los expertos, hay cerca de medio millón de niños norteamericanos tan gravemente enfermos como lo es-

taba Oswald, que, al igual que él, no reciben hoy la ayuda que necesitan».[237]
Si uno objeta al senador Ribicoff haber llamado a Oswald el asesino del Presidente en vez de *presunto* asesino, se dirá que está oponiendo reparos nimios y que eso no está bien. Pero aunque el nombre de Oswald haya sido tan denigrado que cualquier ulterior calumnia sobre él deba ser aceptada acríticamente, no puede decirse lo mismo del medio millón, o de los cuatro millones o más, de niños cuya única falta contra Estados Unidos hasta el presente fue orinarse en la cama o comerse las uñas. La generalización propuesta por el senador Ribicoff y otros es demagógica y peligrosa, pues si la enormidad del crimen supuestamente cometido por Oswald justifica que se segregue a los niños mentalmente enfermos como miembros de una categoría especial y se los trate de una manera distinta que a los demás niños, ¿qué reparos podrían hacerse a la estrategia clásica del antisemitismo, que justifica el tratamiento especial de los judíos en su carácter de miembros de una categoría especial, la de los descendientes de los «asesinos» de Cristo?
Debemos tener bien presente cuál es el argumento que se da en favor del tratamiento en gran escala de los niños «enfermos»: los niños «perturbados» son peligrosos, y nuestra misión es volverlos inofensivos. No es posible que esta vulgarización de la psiquiatría se pase por alto sin cuestionarla. Ese enfoque no solo denigra y estigmatiza a los niños: también denigra y estigmatiza a los psiquiatras. Cuanto más precisamente se defina la enfermedad mental en los niños como falta de socialización, y el peligro que plantean como el asesinato de presidentes, más tácita quedará la «terapia» requerida: lo que esos «pacientes» necesitan no es un médico ni un psicoterapeuta, sino un policía o un carcelero.
El «tratamiento» de los denominados «niños con perturbaciones emocionales» es, según el senador Ribicoff, «un problema particularmente urgente, como cuestión tanto humanitaria como de salud pública. Semana tras semana nuestros periódicos informan acerca de insensatos crímenes, actos de vandalismo y de sadismo. Para los que saben leer entre líneas emerge de esas páginas la crónica insistente de la negligencia e inacción de una sociedad que vuelve sus espaldas a los niños con perturbaciones profundas, hasta que ya es demasiado tarde para salvarlos o para proteger a la comunidad».[238]
He aquí un distinguido y bienintencionado servidor público que repite la antiquísima equiparación de delito y enferme-

dad mental, y exige que el control de la delincuencia y del desorden social sea confiado a los médicos. Al mismo tiempo, desdibuja las diferencias existentes entre lo que quieren los jóvenes «perturbados» (y sus familias) y lo que quieren los pilares de la sociedad. Con frecuencia no quieren lo mismo, por más que el senador Ribicoff se esfuerza en sostener que lo hacen: «Las estadísticas se acumulan y las tragedias aumentan. Lo que se necesita, a mi juicio, es un esfuerzo supremo tendiente a asegurarse de que *los jóvenes potencialmente peligrosos sean prontamente identificados y puestos en tratamiento durante todo el tiempo que sea necesario para asegurarles una vida decente y proteger a la sociedad*» [las bastardillas son nuestras].[239]

Se trata de una propuesta atrevida. Lo mejor que puede decirse de ella es que es ingenua. En ningún lugar menciona Ribicoff que los niños o sus familiares tienen el derecho de rechazar el examen, diagnóstico y tratamiento psiquiátricos. Uno se ve obligado a concluir que el senador Ribicoff piensa que los niños no cuentan con ese derecho, y que sus padres, que ahora lo tienen, deben ser despojados de él. Viene en apoyo de esta conclusión lo que dice y lo que no dice el senador Ribicoff sobre un proyecto que presentó en el Senado de Estados Unidos en 1965.

La finalidad del proyecto era «crear centros terapéuticos comunitarios para los niños con perturbaciones emocionales o para los que corrieran el peligro de sufrir tales perturbaciones. Serían financiados, hasta un 75 % de su costo, por el gobierno federal. Estos centros, en cooperación con las escuelas y los tribunales, ofrecerían una variedad de servicios a los niños, todos ellos destinados a proporcionarles una atención accesible, amplia y continua. El niño podría ser derivado al centro por la escuela, un tribunal, un organismo de asistencia social, alguno de sus progenitores e incluso un vecino preocupado por el caso. Sería responsabilidad del centro utilizar todos los medios a su disposición para *asegurar* [bastardillas en el original] que el niño no se le escurriera entre los dedos hacia esa tierra del abandono y el remordimiento de la cual no se vuelve nunca más».[240]

El senador Ribicoff habla aquí en el lenguaje típico del demagogo de la salud mental: promete «centros terapéuticos [que] ofrecerían una variedad de servicios», pero guarda silencio en cuanto a si los beneficiarios de esos «servicios» tendrían el derecho de rechazar los «beneficios» que tan generosamente les «ofrece» el gobierno. Es una retórica descara-

damente fraudulenta, como si a la Ley Volstead * se la denominara un «servicio terapéutico ofrecido» a los ciudadanos norteamericanos para la cura del alcoholismo.

Por lo demás, el tipo de prácticas psiquiátricas por las que aboga el senador Ribicoff ya nos rodean por todas partes. Tal vez sea justamente a causa de que los niños —y también los adultos— son tratados con tanta frecuencia como objetos defectuosos, carentes de derechos personales, que se convierten en el tipo de individuos que el senador Ribicoff quiere curar mediante una «terapia» compulsiva. En tal caso la «terapia» sería la causa de la misma «enfermedad» que, según se supone, debería remediar.

Las opiniones citadas y mis propias observaciones han encuadrado el problema, mostrando que los que abogan por servicios psiquiátricos escolares en gran escala consideran al psiquiatra un policía, un agente del gobierno cuya tarea es socializar, someter, y, si fuera necesario, segregar y destruir psicológicamente al niño-paciente «peligroso», con el fin de asegurar protección y armonía a la sociedad. Todo esto, desde luego, se hace en nombre de la ayuda prestada a los clientes para que recuperen su «salud mental».

IV

La eficacia de los programas de atención psiquiátrica en las escuelas es difícil de evaluar. Es posible que ni siquiera hayan sido útiles para someter a los niños recalcitrantes. Por ejemplo, un «. . . estudio de seis años de duración [según un informe de 1965] comprobó que el asesoramiento psicológico individual de niñas potencialmente delincuentes que asisten a la escuela secundaria no resulta eficaz para mejorar su conducta en la escuela o para reducir el número de deserciones escolares».[241]

Aunque la eficacia de los programas psiquiátricos implantados en las escuelas puede no estar del todo clara, sus efectos son claros por demás. Sabemos que atribuir a una persona el rol de paciente mental es una forma de degradación personal: un tipo de estigmatización semejante a ser clasificado como negro en Alabama o como judío en la Alemania nazi. Según la jerga psiquiátrica, la finalidad de la psiquiatría educacional es ayudar al niño pero la propia definición del estudiante como alguien necesitado de ayuda psiquiátrica le

causa un perjuicio. Y este perjuicio no se limita a la estimagtización inherente a que uno sea públicamente definido como enfermo mental, según ilustra el caso siguiente.

En su número del 5 de mayo de 1964, *The New York Times* informó acerca del proceso a que fueron sometidos el director y dos auxiliares de una escuela para niños con perturbaciones emocionales situada en Brooklyn. Los tres hàbían sido acusados de «permitir a los alumnos trabajar de ordenanzas y realizar tareas personales para los maestros...». Uno de los maestros que ejercían en la escuela testimonió que «se utilizaba a los estudiantes para lavar los automóviles de los maestros», y más adelante destacaba: «Este es el tipo de necedades que encargan a los chicos negros y portorriqueños rotulados como emocional o socialmente inadaptados». Otro maestro, que había trabajado antes en esa escuela, declaró que «en una ocasión, por lo menos, había visto a un estudiante lustrar los zapatos del director en la oficina de este último».[242]

No he realizado ningún estudio empírico para determinar si los estudiantes a quienes los psiquiatras escolares clasifican como mentalmente enfermos son maltratados, y si lo son, de qué manera; pero la cuestión es cuál de las afirmaciones requiere nuevas pruebas: ¿la de que el diagnóstico público de enfermedad mental es un estigma, o la de que no lo es?

Los defensores de las prácticas escolares en materia de salud mental ignoran el estigma inherente al rol de paciente mental y la coacción que ellos, como terapeutas, proponen. He aquí algunos fragmentos de un artículo típico sobre los servicios psiquiátricos para alumnos de escuelas públicas: «Los maestros regulares», nos dice el autor, «junto con los directores de los establecimientos, los médicos y enfermeras escolares y los maestros de disciplinas especiales llaman con frecuencia la atención de los padres acerca de la existencia de un problema que requiere evaluación psiquiátrica. Las conductas sintomáticas de un trastorno profundo pueden ser muy variadas, pero es posible clasificarlas en algunas categorías amplias, que rara vez se dan en forma separada: 1) Problemas en el estudio: rendimiento inferior al normal, rendimiento superior al normal, rendimiento fluctuante y desparejo. 2) Problemas de tipo social con los hermanos y compañeros, como en el caso del niño agresivo, el sometido, el exhibicionista. 3) Relación del niño con sus padres y otras figuras de autoridad, como en el caso de las conductas desafiantes, el sometimiento, el deseo permanente de congraciarse con los mayores. 4) Manifestaciones de conducta eviden-

tes del tipo de los tics, el comerse las uñas, el chuparse el pulgar [...] así como el tener intereses más propios del sexo opuesto (la niña varonera y el niño afeminado)».[243]

No existe ninguna conducta infantil que un psiquiatra no pudiera incluir en alguna de estas categorías, determinando así que el niño necesita atención psiquiátrica. Llamar patológico al rendimiento en el estudio que es «inferior al normal», «superior al normal» o «fluctuante y desparejo» sería irrisorio si no fuera trágico. Cuando alguien nos cuenta que si un paciente llega a la sesión antes de tiempo el psiquiatra lo considera una persona ansiosa, si llega tarde lo considera hostil y si llega exactamente sobre la hora lo considera un compulsivo, nos reímos, porque se supone que nos está diciendo un chiste. Pero aquí se nos dice lo mismo con toda seriedad.

Citemos otros pasajes del mencionado artículo, para señalar el tipo de intervenciones sociales que los psiquiatras estiman justificadas luego de detectar en un niño los denominados «síntomas psiquiátricos»: «En la mayoría de los casos, una historia clínica y un examen cuidadoso del niño y sus padres será suficiente».[244] A este psiquiatra parece no pasarle por la cabeza que no es de la incumbencia de un médico contratado por un establecimiento educativo «examinar» a los padres; tampoco parece ocurrírsele que los padres tienen todo el derecho del mundo a oponerse a dicho «examen», ya que este no les ofrece ninguna seguridad sobre sus asuntos íntimos y confidencias. Por el contrario, el autor asevera que «una razón importante para estudiar con cuidado la unidad niño-padres es determinar con precisión quién es el paciente [...] En algunos casos, los únicos que necesitan terapia son los padres».[245] En un sentido psicoanalítico abstracto tal vez sea así, pero esto es algo que sabemos hace mucho. Aquí lo que importa es, a mi juicio, si le incumbe a la escuela hacer diagnósticos psiquiátricos de (y mucho menos tratar a) personas adultas que son coincidentemente padres de niños en edad escolar. Repito que debemos tener bien en claro cuál es el problema que aquí se debate. Si el hecho de pertenecer al grupo de personas llamadas «padres de niños en edad escolar» justifica que un individuo sea sometido a un diagnóstico y tratamiento psiquiátrico involuntario por parte de un organismo oficial, ¿por qué no habría de ocurrir lo mismo con quienes pertenecen a otros grupos, como los desocupados, los maestros, los jueces o los Testigos de Jehová.

Empleo el término «involuntario» para designar, no solo los

procedimientos psiquiátricos prescritos por tribunales, sino también las manipulaciones psiquiátricas de la gente practicadas mediante coacciones informales (p. ej., por empresas privadas, organismos del gobierno o escuelas). La mayoría de los padres dependen económicamente de los servicios que brinda el sistema de escuelas públicas. A causa de esta dependencia y de la autoridad que posee la escuela en el plano psicológico-social, cualquier servicio recomendado por el sistema será sentido por los padres (y sus hijos) como una orden a la que hay que someterse, más que como un ofrecimiento que son libres de aceptar o rechazar. En otras palabras, si los padres no tienen otra alternativa, si no están en condiciones de enviar a sus hijos a una escuela religiosa o privada, son víctimas fáciles de la coacción del sistema público. Esta situación suele ser explotada por los psicopedagogos y psiquiatras escolares; poco importa que lo hagan con su mejor sinceridad, para favorecer los «mejores intereses» del niño.

El poder coactivo de la escuela pública, sobre todo en cuestiones vinculadas a la moral, es desde luego bien reconocido. Es ese uno de los motivos por los cuales se impide dar enseñanza religiosa en ella. Por iguales motivos, creo que la escuela pública es el último y no el primer lugar para establecer un servicio psiquiátrico.

Lo que aquí está en juego es, simplemente, el uso que se le da al poder social del sistema escolar: ¿debe utilizárselo para la promoción de la «salud mental»? Los argumentos en favor de la implantación de servicios psiquiátricos en las escuelas pueden aplicarse a cualquiera de los valores o intereses que la sociedad desee promover; por ejemplo, al control de la natalidad. Si deseamos alcanzar determinado objetivo social, por cierto resulta más sencillo y habitualmente más eficaz obligar a la gente a que actúe de cierta manera que ofrecerle alternativas entre las cuales pueda elegir libremente.

La invasión psiquiátrica de la familia planeada por los psiquiatras escolares —y de hecho practicada en la actualidad— no reconoce límites. Así, se nos dice que los miembros del «. . . equipo clínico [. . .] obtienen información detallada sobre el niño y su familia mediante la asistencia social individual, las entrevistas psicológicas, las visitas al hogar y las observaciones psiquiátricas, todo ello en un esfuerzo tendiente a comprender, no solo la personalidad individual de los diversos componentes de la familia, sino también la forma sana y neurótica en que interactúan. *Una vez que se comple-*

ta la investigación y se alcanza la consecuente comprensión de la familia, se formula un plan general para el niño y su familia. Este incluye, por lo común, terapia individual y/o grupal para el niño; asistencia social individual, terapia grupal o contactos psiquiátricos con uno de los padres, como mínimo; reuniones periódicas con los maestros . . .» [las bastardillas son nuestras].[246]

Si todas estas «terapias» maravillosas son proporcionadas por una comunidad esclarecida para provecho de las familias, ¿por qué vincular los servicios a la escuela pública? ¿Por qué no brindarlos en un medio distinto, y dejar que las familias hagan uso de ellos o no a voluntad? ¿No podría suceder que en realidad las familias no deseen que les sean proporcionados esos servicios? ¿Que se trate de un medio de manipular a los «clientes», y para ello sea menester el poder coactivo de la escuela?

Las opiniones que antes cité son típicas de los defensores de la salud mental comunitaria, la psiquiatría social y la psiquiatría escolar. Gerald Caplan, por ejemplo, sostiene que la principal tarea del psiquiatra comunitario es brindar cada vez más «suministros socioculturales» a la gente; y «el ejemplo más obvio de acción social destinada a brindar suministros socioculturales es la de ejercer influencia en el sistema educativo».[247]

Caplan justifica este proceder con el siguiente razonamiento: «Si el especialista en psiquiatría preventiva puede persuadir a las autoridades médicas [. . .] de que sus actividades son una extensión lógica de la práctica médica tradicional, su rol contará con la aprobación de todas las personas involucradas, incluido él mismo. Todo lo que le resta hacer es especificar los detalles técnicos».[248]

¿Tiene conciencia Caplan de que no está proponiendo nada nuevo, sino que presenta la tan desacreditada defensa del tecnócrata colectivista? El problema que enfrenta el psiquiatra comunitario es el problema tradicional del político y el moralista: es un problema de fines, no de medios. Siempre ha resultado útil negar esto, y sigue siéndolo. Porque, como observó tan elocuentemente Isaiah Berlin, «cuando hay acuerdo en cuanto a los fines, las únicas cuestiones que quedan por resolver son las referentes a los medios, y estas no son cuestiones políticas sino técnicas, vale decir, capaces de ser dirimidas por expertos o por máquinas, como las disputas entre los ingenieros o los médicos. Es por ello que quienes depositan su fe en algún gigantesco fenómeno que trasforme

al mundo, como el triunfo final de la razón o la revolución proletaria, deben estar convencidos de que todos los problemas políticos y morales pueden convertirse, mediante ese procedimiento, en problemas tecnológicos. Tal el significado de la famosa sentencia de Saint-Simon sobre "reemplazar el gobierno de las personas por la administración de las cosas"».[249]
La colectivización del hombre, ya se realice por medios políticos o psiquiátricos, siempre acaba en esto: las personas, convertidas en cosas, pueden ser controladas y manipuladas por una élite tecnocrática.

V

Deseo describir ahora el funcionamiento del servicio psiquiátrico de la Universidad de Harvard. Debido a la prominencia de esta institución, es probable que sus prácticas en materia de salud mental gocen de gran respeto y sirvan como modelo para otros colegios y universidades.
Los principios de la «psiquiatría educacional» han sido expuestos por Dana L. Farnsworth, director de los Servicios de Salud de la mencionada universidad. El pasaje siguiente contiene lo esencial de su concepción: «Es vitalmente importante que nada de lo que un alumno confiesa a un psiquiatra de la universidad sea divulgado sin el consentimiento del paciente. Por supuesto, si el alumno es manifiestamente psicótico, suicida u homicida, su seguridad individual y la de las personas que integran la comunidad debe tener precedencia sobre el mantenimiento de la reserva . . .».[250]
En otras palabras, el hecho de que el psiquiatra guarde o no reserva respecto de lo que le confía el paciente depende de lo que él considera «mejor», no solo para el paciente, sino para la comunidad. Como luego veremos, el psiquiatra universitario no guarda reserva, en verdad, sobre las confidencias de los alumnos.
Así, Farnsworth se refiere a una relación verdaderamente confidencial entre psiquiatra y paciente en tono condescendiente: «Un psiquiatra que únicamente se encuentra cómodo en una relación de uno a uno con sus pacientes no se sentiría a gusto en la psiquiatría universitaria».[251] ¿Cuál es, entonces, la finalidad de la psiquiatría universitaria? Farnsworth responde: «Si el único propósito de tener psiquiatras en el personal sanitario de un establecimiento universitario fuera

tratar a las personas que se han vuelto mentalmente enfermas, bien podría prescindirse de ellos. Las universidades podrían cumplir con su responsabilidad derivando a los alumnos enfermos a psiquiatras privados. [. . .] La presencia de psiquiatras en el servicio sanitario de una universidad se justifica, no tanto porque tratan a los estudiantes con perturbaciones, sino más bien porque aprenden cosas relativas a la institución, se familiarizan con las presiones que alientan o inhiben la madurez y la independencia, y como consecuencia *llegan a estar en condiciones de tener consultas constructivas con los miembros del claustro de profesores y las autoridades del establecimiento* acerca de cualquier asunto en que esté en juego un *comportamiento anormal*» [las bastardillas son nuestras].[252]
Por supuesto, no es sobre el «comportamiento anormal» en abstracto que los psiquiatras universitarios asesoran a los rectores, ni tampoco les preocupa —seamos honestos— el «comportamiento anormal» de los profesores o de los rectores; lo que les interesa es únicamente el «comportamiento anormal» de los alumnos. Farnsworth llega a admitirlo, al observar: «Si se limitaran a tratar a los estudiantes con perturbaciones y *no compartieran sus hallazgos con los profesores y las autoridades del establecimiento* [. . .] tanto valdría que se quedaran en sus consultorios y los estudiantes necesitados de ayuda fueran a verlos allí» [las bastardillas son nuestras].[253]
¿Es un médico de este tipo, entonces, una especie de policía o espía psiquiátrico? Según Farnsworth es todo lo contrario: ¡un liberador! «Una meta básica de la psicoterapia», escribe, «debe ser liberar al individuo de los conflictos internos que lo incapacitan *inculcándole* la clase de honestidad, sinceridad e integridad que le permitirá actuar con confianza y sintiéndose competente. En situaciones que entrañan *una reacción inapropiada frente a la autoridad, tales consultas entre los funcionarios universitarios y los psiquiatras* poseen gran valor» [las bastardillas son nuestras].[254]
Esto en cuanto a los principios de la «psiquiatría educacional». La forma en que se la practica en la Universidad de Harvard es descrita por Graham Blaine, hijo, uno de los principales psiquiatras de dicho establecimiento, en uno de sus artículos. «Los terapeutas universitarios», consigna Blaine, «son responsables ante la institución que representan, los padres de sus pacientes y el gobierno, y deben proteger también a sus pacientes».[255] El orden de responsabilidades es revelador: ¡el paciente al final!

Luego de destacar la importancia de la reserva en psicoterapia, Blaine asevera que el psiquiatra universitario puede «... firmar cheques en blanco prometiendo guardar reserva de los cuales más tarde tal vez se arrepienta. [...] Sabemos que en la vida de un psiquiatra universitario se presentan casi diariamente circunstancias en que algún tipo de información sobre un estudiante le es requerida por otras personas, y en muchas de estas circunstancias el requerimiento es legítimo y necesario. En la enorme mayoría de los casos, cumplir con tales requerimientos sirve los mejores intereses del alumno. Con frecuencia los profesores desean saber si pueden excusar honestamente a un estudiante a causa de su problema emocional, o tal vez un decano se abstenga de tomar medidas contra un alumno si tiene conocimiento de que pone toda su aplicación en la terapia».[256]

Las implicaciones psicológicas y efectos sociales de limitar las comunicaciones psicoterapéuticas a terapeuta y cliente, en lugar de difundirlas a terceras, cuartas o enésimas personas según los deseos de uno cualquiera de los participantes o de ambos, es un problema bien conocido sobre el cual no voy a extenderme. Baste notar que incluso en esta célebre universidad se considera función legítima del psiquiatra educacional oscurecer en vez de aclarar, mezclar en vez de separar, sus lealtades con respecto al estudiante, la familia, la facultad y el gobierno. «En los años que llevamos en Harvard», continúa Blaine, «hemos podido establecer ciertas costumbres que han contribuido mucho a nuestra eficacia como terapeutas para los alumnos y la comunidad en general. Entre ellas reviste importancia un *lunch médico-administrativo* que se celebra semanalmente y al cual asisten los terapeutas de los servicios psiquiátricos, miembros de los servicios médicos y quirúrgicos, los decanos vinculados a los estudiantes o a los problemas que figuran en el orden del día, clérigos locales que aconsejan a los estudiantes, nuestro asistente social especializado en psiquiatría, el equipo de psicólogos, representantes de la oficina de asesoramiento a los alumnos y el *jefe de la policía universitaria*. Originalmente, lo conversado en estas reuniones se mantenía más o menos *en secreto, sin darlo a conocer a los estudiantes*, pero ahora ya ha cobrado prestigio como foro en que se sirven los mejores intereses de los estudiantes, a tal punto que se discute abiertamente con estos últimos lo allí conversado, y un alumno puede solicitar a su terapeuta que discuta sus problemas en "el lunch de los médicos"» [las bastardillas son nuestras].[257]

Si la reunión servía los mejores intereses de los alumnos, ¿por qué se las mantenía en secreto con relación a ellos? ¿Y por qué interpreta Blaine que la aceptación por parte de los alumnos del «lunch de los médicos» es una prueba de su legitimidad moral y valor psicoterapéutico, en lugar de ser un síntoma de la resignación con que los alumnos tomaban su rol degradado y su tentativa de sacar de esas reuniones aunque más no fuera una ventaja lastimosa? ¿Acaso la presencia del *Kapo* judío en el campo de concentración implicaba que el campo servía los mejores intereses de los allí confinados? ¿O la presencia en las cárceles norcoreanas de prisioneros norteamericanos que colaboraban como guardianes con sus captores significaba que estaban realmente salvaguardados los «mejores intereses» de los prisioneros? La negación total, por parte de una autoridad tan destacada en el campo de la salud mental universitaria como Blaine, del *poder* ejercido por la universidad sobre el estudiante y de las implicaciones de este hecho en una terapia llevada a cabo bajo los auspicios de la propia universidad, es sorprendente. Lo más probable es que deba tomárselo como un signo de la capitulación moral del experto: el psiquiatra educacional ha llegado a sentirse cómodo en su papel de instrumento de la policía universitaria. Es un espía psiquiátrico. Tratará, sin duda, de «ayudar» al alumno si al hacerlo no entra en conflicto con la universidad, pero en caso contrario su adhesión primera será para con la universidad, y en último lugar para con el alumno.
¿Cómo explicar la existencia de un servicio de esta naturaleza, sobre todo en una zona como Boston, donde abundan los psiquiatras particulares? Cabe suponer que muchos, quizá la mayoría, de los alumnos de Harvard están en condiciones de solventar un tratamiento psiquiátrico privado. ¿Por qué, entonces, les suministra la universidad esa ayuda psiquiátrica? Blaine sugiere que ello se debe a que el servicio psiquiátrico de la universidad constituye un medio de tener fichados a los alumnos: «Todos los alumnos de primer año de las facultades de medicina y teología son sometidos a una entrevista de evaluación e incluso presentados al terapeuta al cual podrán recurrir en el futuro cuando necesiten ayuda».[258] Recordemos que aquí ya no se trata de niños (aunque ni siquiera para estos estimo justificado el procedimiento), sino de adultos jóvenes, muchos de los cuales tienen apenas unos años menos que los integrantes más jóvenes del claustro de profesores. ¿Por qué no se suministran «servicios» similares

a los profesores de Harvard (incluidas sus familias), ofreciendo entre otras cosas una entrevista psiquiátrica obligatoria a los nuevos? Creo que la respuesta reside, nuevamente, en que los estudiantes componen un grupo de pacientes sin más alternativa y los profesores no —al menos por ahora—. La mejor forma de ilustrar el papel que cumple el poder en este tipo de labor psiquiátrica es citar algunos casos presentados por el propio Blaine.

Un estudiante avanzado fue puesto en tratamiento luego de un intento de suicidio. En el curso de la terapia volvió a sentirse deprimido, y el terapeuta quiso internarlo. El paciente negóse a ello, solicitando «que se le permitiera volver a su cuarto * y se le diera tiempo para tomar su propia decisión en cuanto a si quería vivir o morir. Lo entrevistaron varios terapeutas, pero ninguno logró persuadirlo de que se internara. Por último, su jefe de departamento pidió hablar con él, y *mostrándole que su carrera futura dependía de su cooperación con el servicio de salud mental*, lo convenció de que siguiera nuestro consejo» [las bastardillas son nuestras].[259]

¿Se espera que nosotros creamos que en un caso tal el Servicio de Salud Estudiantil de la Universidad de Harvard tiene como única preocupación los «mejores intereses» del alumno, y no está profundamente inquieto por los efectos que causarían los suicidios de estudiantes en la imagen pública del establecimiento? Lo cierto es que si dicho alumno es internado en un hospital neuropsiquiátrico y allí se suicida, su muerte tal vez ni siquiera sea mencionada en el periodismo local mientras que si se arroja por la ventana del dormitorio universitario, es probable que la noticia ocupe la primera plana de los periódicos de Boston y llegue por cable a todo el país.

En este ejemplo, el psiquiatra universitario ha creído justificado apelar a las autoridades del establecimiento para obligar a un estudiante a aceptar un tipo de «tratamiento» que no desea. Esto no resuelve, por cierto, el dilema moral y psiquiátrico básico: ¿Actuó el psiquiatra como agente del estudiante o de la universidad? ¿Ayudó o perjudicó al «paciente»?

Otro caso es el de «un alumno modelo y buen deportista [quien] fue descubierto robando un artículo de poca importancia en un negocio de la zona. La norma de la universidad es que los estudiantes a quienes se descubre robando deben ser suspendidos por un año, y luego de ese plazo pueden retomar sus estudios. El decano requirió nuestra opinión en

cuanto a si debía imponérsele ese castigo a este muchacho. Nos preguntó: "¿Acaso una conducta repentina tan poco característica no es prueba de enfermedad más que de mala intención"».[260]

¿Sugirió Blaine que, si al decano no le satisfacía esa norma, podría proponer a las autoridades su modificación? ¿O que si no le gustaba castigar a los estudiantes que infringían las normas debía renunciar como decano? No. En cambio, accedió al contubernio tecnocrático propuesto: «Luego de someter al estudiante a entrevistas y *tests* psicológicos, estuvimos en condiciones de decirle al decano que en el momento del hurto estaba bajo los efectos de una combinación de tensiones, y que *el hecho era un síntoma* más que un rasgo de carácter innato [...] No hicimos recomendación alguna en cuanto a la medida disciplinaria que debía adoptarse, pero sugerimos que *estaba indicado el tratamiento psiquiátrico*» [las bastardillas son nuestras].[261] Blaine pareció quedar muy satisfecho con su autorrestricción al no hacer ninguna recomendación directa sobre medidas disciplinarias; pero, ¿la acción indirecta no es también acción? ¿La comunicación indirecta, también comunicación?

La difusión del rol del psiquiatra universitario y la correspondiente difusión de información psiquiátrica que Blaine estima justificable reconocen muy pocos límites. No solo dicho psiquiatra debe ser fiel a los estudiantes, sus padres y la universidad: también debe cooperar con la Oficina Federal de Investigaciones (FBI). «Un agente de la FBI vino a examinar el caso de un ex paciente, con una autorización firmada por este, que ahora se presentaba para un alto cargo público. En su paso por la universidad, el muchacho había solicitado ayuda porque estaba preocupado por sus inclinaciones homosexuales. Había mantenido relaciones homosexuales en la escuela secundaria y, en una oportunidad, en la universidad».[262] Lo que el agente de la FBI quería averiguar era, precisamente, si este hombre había mantenido esas relaciones.

«Se trata de un problema difícil», dice Blaine, «que entraña la lealtad al paciente y al país». La solución que encuentra es no comprometerse, hacer juegos de palabras, en suma: informar lo que tiene que informar sobre el paciente a la vez que se dice a sí mismo que en realidad no lo hizo, sino que ha protegido los «mejores intereses» tanto del ex estudiante como del país: «Hemos podido comprobar que las preguntas relativas a prácticas homosexuales por lo general

pueden responderse dentro del contexto sin poner en peligro el margen de seguridad. Estos investigadores no parecen alarmarse si se les dice que el individuo atravesó una fase de su desarrollo durante la cual tuvo inclinaciones e incluso relaciones homosexuales pasajeras».[263]

Creo que este es un cuadro realmente sombrío, y un ejemplo monstruoso para otras universidades. Los Servicios de Salud de la Universidad de Harvard afirman tener auténtico interés en proporcionar atención psiquiátrica a sus alumnos. Ahora bien: ¿aceptarían distribuir copias del artículo que he citado entre todos los que solicitan psicoterapia o son obligados a recibirla? ¿O es que los estudiantes de Harvard no son suficientemente inteligentes o «maduros» para que se les suministre información completa y exacta acerca del servicio «médico» que les brinda el establecimiento?

Por último, en la medida en que los servicios de salud estudiantiles no protegen de manera adecuada la información confidencial de sus clientes, sus actividades no solo plantean problemas morales sino también legales. Como ya hemos visto, la falta de reserva en este tipo de relación psiquiatra-paciente representa un riesgo particular para el cliente. La justicia ha determinado que un médico comete negligencia si inicia el tratamiento de un paciente sin su «aprobación con conocimiento de causa»: «Un médico viola el deber que tiene para con su paciente y se vuelve legalmente responsable si oculta al paciente cualquier hecho que pudiere servirle a este de base para dar su aprobación consciente al tratamiento propuesto. De la misma manera, el médico no debe restar importancia a los peligros conocidos de cierto procedimiento [...] con la finalidad de obtener el consentimiento del paciente».[264]

A todas luces, la conducta de los psiquiatras que integran los Servicios de Salud de la Universidad de Harvard, tal como la describen Blaine y Farnsworth, no se ajusta a esta norma.

VI

Aunque muchos de estos problemas pueden presentarse bajo una nueva apariencia en el medio escolar, ellos no son nuevos. Los métodos psicoterapéuticos, en especial el psicoanálisis, son producto de un largo historial de ideas morales, médicas y psicológicas. Lo que ha llevado siglos crear, con frecuen-

cia ha sido destrozado en unos pocos años, incluso en unos días. Parece superfluo dar ejemplos admonitorios. La dinámica social de este proceso ha sido descrita de la siguiente manera por Ortega y Gasset: «En los motines que la escasez provoca suelen las masas populares buscar pan, y el medio que emplean suele ser destruir las panaderías. Esto puede servir como símbolo del comportamiento que, en más vastas y sutiles proporciones, usan las masas actuales frente a la civilización que las nutre».[265]
A nuestras escuelas públicas y a nuestra psiquiatría humanista-individualista le está pasando lo que Ortega y Gasset dice que pasa con las panaderías: ambas están siendo destruidas, pese a que sus destructores sostienen que su objetivo es mejorar la educación y el tratamiento psiquiátrico.
Jacques Barzun, uno de los críticos más sagaces e incisivos de nuestro sistema educativo, ha dicho ya todo lo que cabe decir sobre el doble objetivo de la escuela: educar y adaptar. Según él, el imperativo moral de la igualdad, por un lado, y la necesidad práctica de asimilar un aflujo constante de inmigrantes, por el otro, han tornado «inevitable que nuestras escuelas apuntaran en primer lugar a la adaptación social. . .».[266] De tal modo, se convirtieron en fácil presa de los proveedores de cientificismo psicológico y psiquiátrico. Así, «la idea de ayudar al niño desplazó en Estados Unidos a la idea de enseñarle. Cualquiera que procure mantener esa distinción es, obviamente, un elemento perjudicial, y al instante se le declara enemigo de la juventud. Lo cierto es que, aparte de su hostilidad al Intelecto, la condescendencia sistemática es tan peligrosa como inoportuna».[267]
La finalidad de los programas de estudios de la escuela pública, continúa Barzun, es «eliminar las aristas, actuar sobre los preceptos morales, en suma, manipular a los jóvenes a imagen y semejanza del comité armónico, en concordancia con las estadísticas sobre el desarrollo del niño».[268] Si las escuelas primarias y secundarias de Estados Unidos tienen este carácter, ¿no es una verdadera locura convertirlas también en proveedoras de servicios psiquiátricos? ¿Qué queremos que sean nuestras escuelas: templos del saber en que el niño adquiere la disciplina del estudio, u hospitales de día que lo adormecen en la creencia de que la mejor identidad es la falta de identidad?
Muchos son los sociólogos y los escritores que han analizado las presiones que impulsan y los señuelos que atraen al niño, en su proceso de crecimiento, para que renuncie al riesgoso

esfuerzo de adquirir una personalidad bien definida y se refugie en cambio en una opaca ausencia de identidad. De ellos, tal vez el más elocuente sea Edgar Z. Friedenberg, en *The vanishing adolescent*. Hemos alentado durante mucho tiempo la gestación de lo que Ortega y Gasset denominó «el hombre masa», o sea la personalidad heterónoma o dirigida por los otros. La introducción de servicios psiquiátricos formales en las escuelas, más que la causa de este proceso, es un síntoma de su eflorescencia final.

La frase «Mi casa es mi palacio» puede haber sido una expresión acertada de las creencias y valores de nuestros antepasados; hoy carece virtualmente de sentido. En otros tiempos, significaba no solo que el hogar era sagrado para el individuo en cuanto persona, sino que la mente era una morada segura para el alma. Pero la soledad únicamente es fuente de fuerza y de consuelo para la personalidad autónoma; para el hombre masa es exactamente lo contrario: una calamidad y un peligro. Los habituados a que el Big Brother * los vigile anhelan estar en escena, ya que allí sabrán ocultarse detrás de una máscara que los personifique. Cuando están a solas, sin un público ni nadie que los observe, se topan consigo mismos . . . y al encontrar un espectro, es natural que se aterroricen.

La psiquiatría institucional, ya sea en el hospital neuropsiquiátrico o en la escuela, es quizá la técnica más depurada que se ha inventado hasta ahora para extirparle el alma al hombre. Suele decirse que los enfermos mentales han perdido la razón; la psiquiatría institucional les ofrece como remedio devolverles la razón . . . vacía de todo contenido. El paciente de un hospital neuropsiquiátrico acosado por el espectro de los electrochoques y el niño atormentado por las pruebas psicológicas y la amenaza de una injusta clasificación psiquiátrica están expuestos a la misma influencia deshumanizadora. Por lo común aceptan la solución que el sistema les brinda: adquirir una identidad fofa y sin aristas, de modo que, como los chanchos pringosos en un rodeo, nadie los pueda atrapar y reducir. Pero, convertidos en sombras, ya no arrojan sombra. Su supervivencia social es su muerte espiritual.

Es oportuno en este sentido citar algunas de las cosas que dice Friedenberg sobre este problema: «Es más sencillo y menos perjudicial para un joven», escribe, «tener malas calificaciones, sufrir un castigo formal o la desilusión inherente a ser ignorado en la formación de un equipo o de un club,

que tener que hacer frente a los rumores que corren entre sus maestros acerca de su carácter o sus costumbres, acerca del hecho de que sea pendenciero o de que se le deba tener especial tolerancia porque su padre es un borracho».[269]
Dice Friedenberg que la tarea fundamental del desarrollo adolescente es la definición de uno mismo. Tal como Freud lo concibió y practicó, el psicoanálisis —voluntariamente solicitado por clientes adultos— tenía como finalidad ayudar al individuo a definirse mejor a sí mismo. En otro contexto, un método en apariencia similar puede cumplir la finalidad opuesta: confundir y socavar la autodefinición del individuo. A mi entender, tal es el efecto de la psiquiatría escolar, sea cual fuere su finalidad confesa.
Y esto no debería sorprendernos. El escalpelo del cirujano puede curar o dañar... según quién lo use y cómo. Análogamente, si los métodos psiquiátricos y psicoterapéuticos son eficaces, como de hecho lo son, no es posible suponer ingenuamente que no puede dárseles diversos usos, según los objetivos y valores de quienes los utilizan. «Una sociedad que *carece de finalidades propias*, más allá de asegurar la tranquilidad doméstica mediante una medicación adecuada», advierte Friedenberg, «no sabrá qué hacer con los adolescentes, y les temerá; pues ellos serán los primeros en quejarse de que los tranquilizantes lo convierten a uno en un imbécil, y en negarse a tomar la benzedrina. La sociedad instaurará programas sedativos de orientación para esos adolescentes y los llamará "terapéuticos", pero su función notoria será mantener en custodia las mentes y los corazones, hasta que no quede en ellos ninguna pasión».[270]
Este cuadro es bastante tétrico. ¿Será correcto? Tal vez desilusionado ante su propia visión —aunque, sin embargo, puede ser perfecta—, Friedenberg añade: «Hasta ahora no hemos llegado tan lejos, en modo alguno; pero el tipo de proceso del cual hablo ya se vislumbra».[271]
Por mi parte, creo que hemos llegado casi tan lejos como señala Friedenberg. Si existe alguna esperanza, como según creo casi siempre existe, ella no radica en la moderación de los agresores colectivistas, sino más bien en la resistencia de algunas de las víctimas, en las que cada nuevo ataque a la individualidad parece generar una renovada determinación de defenderla. Aunque su génesis es sin duda más complicada, sostengo que el gran incremento habido en los últimos tiempos en el uso de drogas ilegales por parte de los estudiantes universitarios —rotulado con frecuencia «adicción», en

forma sensacionalista— se relaciona con la creciente vigilancia psiquiátrica de los jóvenes. Si la opresión política provoca resistencia política, ¿por qué hemos de sorprendernos entonces de que la opresión psiquiátrica provoque resistencia psiquiátrica?

Por supuesto, la terapia psiquiátrica no tiene por qué ser necesariamente opresiva o antiindividualista; pero como el propio Friedenberg viera con tanta claridad, un establecimiento educativo no es el medio más propicio para una terapia que valore al individuo. Luego de observar que es normal que un joven enfrente períodos de crisis en la formulación de su identidad, y que en tales circunstancias podría beneficiarse con la psicoterapia, afirma correctamente que lo que el joven precisa son los servicios de un «. . . psicoterapeuta experimentado y no los de un funcionario de segunda categoría. Lo más probable es que cualquier organismo público que se ocupe de él se convierta en un Ministerio de la Adaptación; por más que su personal esté muy capacitado en psicodinámica, su interés básico estará en el problema que le crea el alumno al establecimiento y a otra gente. Este será el criterio real para clasificarlo y para tomar medidas con respecto a él. Es casi imposible que un asesor de orientación psicológica o el decano de un establecimiento [o el psiquiatra educacional, T. S.] pueda llegar a creer que su función, al tratar a un estudiante determinado, *no* sea promover su adaptación, sino más bien ayudarlo a encontrar *alternativas* racionales y no destructivas frente a esa adaptación, en circunstancias en que esta última perjudicaría atrozmente el incipiente concepto que tiene de sí mismo y el fundamento de su autoestima».[272]

Así ha sido domesticada en Estados Unidos la subversiva psicoterapia de Freud: de instrumento para la liberación del hombre, se la convirtió en otra técnica más para su pacificación. «Que la psicoterapia haya sido consagrada a la adaptación y no al crecimiento», comenta Friedenberg, «es una tragedia que el indomable Freud hubiera considerado irónica; pero es quizás inevitable en una cultura en la que se debe tener una personalidad aceptable para triunfar, y en la que se debe triunfar para autovalorarse».[273]

En esto no puedo coincidir plenamente con Friedenberg. La cultura es culpable también, sin duda. Pero los psiquiatras y psicoanalistas que utilizan de este modo la psicoterapia, ¿acaso no lo son?

VII

Ya lo he dicho y quisiera repetirlo: no me opongo a las prácticas psiquiátricas sensatas. Así como quien critica la tortura como medio de extraer confesiones de supuestos criminales no se opone a la ley y el orden, de la misma manera, yo, que me opongo a las prácticas del fascismo psiquiátrico, no me opongo a las del humanismo psiquiátrico. El psicoanálisis, la terapia individual, la terapia de grupo, la terapia familiar, el asesoramiento psicológico: todos estos métodos y y muchos otros creados por los estudiosos de la psicoterapia o que se crearán en el futuro tienen un legítimo lugar que ocupar en una sociedad libre y pluralista; pero, a mi juicio, no tienen ninguno en aquellas situaciones sociales en que pueden ser utilizados como instrumentos de engaño y coacción psicológicos contra individuos carentes de alternativas o contra el consentimiento o la voluntad de cualquiera. De modo pues que tales métodos nada tienen que hacer *en los establecimientos educativos.*

Nuestra sociedad todavía es más capitalista que socialista. Quienes desean obtener servicios psicoterapéuticos y están en condiciones de pagarlos, son libres de buscar esa ayuda en forma privada. Nadie debe obstaculizar su libertad para hacerlo.

Si la sociedad quiere poner los servicios psicoterapéuticos al alcance de quienes no pueden pagarlos, la manera de lograrlo es obvia: debe proporcionar ese servicio al cliente por medio de organizaciones filantrópicas o de fondos suministrados por el gobierno. Pero el cliente debe ser libre de aceptarlo o rechazarlo: la sociedad tiene que estar dispuesta a dar su conformidad a que el individuo o la familia recurran a un terapeuta «privado», sin tratar de usar a este como espía o policía. La sociedad necesita, por cierto, policías, y quizá también espías. Pero sería mejor que no empleara a los psiquiatras y psicólogos en esa tarea, a menos que su objetivo sea liquidar el uso individualista de dichas profesiones.

11. La psiquiatría, el Estado y la universidad

(El problema de la identidad profesional de la psiquiatría académica)

I

Entre las disciplinas que se enseñan en las universidades, la psiquiatría ocupa un lugar singular. Es la única disciplina científica moderna cuyos principales teóricos y practicantes no fueron miembros de la comunidad universitaria —y en muchos casos tampoco lo son en la actualidad—. «Los avances técnicos en la atención efectiva de los pacientes [mentales]», observaba Robert Morison en 1964, «han provenido casi en su totalidad de fuera del país, y en forma tal que dejó de lado gran parte de la psiquiatría académica».[274] Sostengo que esta situación no es mero producto del azar histórico, sino que la universidad, reducto tradicional de los estudiosos, no ha conseguido ofrecer un terreno favorable para el desarrollo del psiquiatra académico. En mi opinión, la principal razón de ello reside en que, habiendo permanecido bajo el control directo o indirecto de instituciones e intereses sociales ajenos al redil académico, la educación y la investigación psiquiátricas no pudieron pasar a ser parte integrante de la vida académica.

II

La psiquiatría ha sido siempre el niño difícil, el hijo no deseado de la medicina. En consecuencia, fue ignorada, desvalorizada, y, cuando ello fue posible, eliminada del campo visual. Tal la historia de la psiquiatría desde los albores de la medicina científica, en la segunda mitad del siglo XIX, hasta la Primera Guerra Mundial: la era del alienista. El término es sugestivo: se suponía que el psiquiatra debía ocuparse de personas alienadas respecto de su sociedad, y a la vez él estaba alienado de la sociedad en general, y de la profesión médica (y otras profesiones cultas) en particular.

Freud intentó salvar este obstáculo creando una nueva disciplina, el psicoanálisis, que procuró mantener apartada de la medicina y la psiquiatría. Fortalecida por el prestigio social del psicoanálisis y sus realizaciones en el campo del saber, la psiquiatría, hijastra de la medicina hasta entonces, se las ingenió durante un tiempo para hacerse querer por su nueva madre: durante la Segunda Guerra Mundial y los diez años posteriores, aproximadamente, la psiquiatría psicoanalítica, rebautizada «psiquiatría dinámica», fue tratada con frecuencia, ya no como la hijastra, sino como la hija favorita de la medicina. Pero esta relación espuria entre medicina y psiquiatría no podía durar. La situación de la psiquiatría dentro de la familia médica volvió a ser vacilante. Trató entonces de recuperar su prestigio, que declinaba velozmente, flirteando con las drogas y afirmando que la «enfermedad mental» podía ser curada por medios químicos, como cualquier otra enfermedad. Pasados unos años, también esta pretensión fue perdiendo fuerza. La psiquiatría decidió unir sus destinos al creciente interés nacional por los problemas de la pobreza y de la segregación racial, y se jugó entera en favor de las denominadas prácticas de salud comunitaria. Este es el punto en que la encontramos hoy.
Ofrezco esta síntesis esquemática de la historia de la psiquiatría moderna [275] para subrayar desde el principio que la psiquiatría tuvo durante toda su existencia un problema de identidad.[276] Su naturaleza y sus alcances como disciplina profesional, así como su papel social, siempre han sido inciertos y cambiantes. Es contra este telón de fondo que quiero examinar la posición actual de la psiquiatría enseñada en las universidades.

III

La psiquiatría contemporánea es una mezcla de dos tipos de cosas muy distintas: por un lado, es una ciencia pura y aplicada (o sea, el estudio del hombre y la práctica de la curación psicológica); por el otro, es una actividad económica, cuyos intereses creados controlan grandes sumas de dinero (asignadas por el gobierno federal y los gobiernos estaduales) y poseen gran poder (merced a su autoridad cuasi-legal para internar a las personas sin su consentimiento). Estos dos aspectos de lo que llamamos «psiquiatría»

nunca han sido adecuadamente separados; y mientras no lo sean, le resultará difícil, si no imposible, a la psiquiatría convertirse en una ciencia «libre» —vale decir, buscar y enseñar la «verdad» sin tomar en cuenta los efectos de tal indagación e instrucción sobre los intereses creados de las instituciones psiquiátricas—. El peligro obvio, si no se procede a dicha separación, es el de fomentar una seudociencia: un sistema de afirmaciones definidas autoritativamente como la verdad, y promovidas en calidad de educación para la salud mental con el fin de aumentar el poder y prestigio del orden psiquiátrico establecido.

La razón de este estado de cosas debe buscarse, al menos en parte, en la evolución de la psiquiatría. En su forma organizada, la psiquiatría tiene poco más de cien años de existencia. En Estados Unidos, comenzó con la creación del sistema de hospitales públicos: en 1844, trece directores de hospitales neuropsiquiátricos se unieron para formar la Asociación de Directores Médicos de Instituciones Norteamericanas para los Insanos, organización que se convirtió luego en la Asociación Psiquiátrica Norteamericana.

La historia de la psiquiatría como ciencia difiere, pues, radicalmente de la historia de otras ciencias, en especial la física y la química. En el caso de la psiquiatría, primero se creó una institución social —el sistema de hospitales públicos— que la sociedad juzgó útil para tratar determinados problemas de la conducta desviada, y al cual le confirió, en consecuencia, cierto grado de prestigio y poder. Miembros de esta actividad con intereses creados en ella formaron luego una organización dedicada en parte al avance del saber, requisito indispensable para poder desligarse de sus obligaciones de manera inteligente.

El legado de esta historia se hace evidente si se compara, por ejemplo, la terapéutica médica con la psiquiátrica. El estudio de la acción de las drogas, firmemente basado en las ciencias de la química y de la fisiología, se enseña en las facultades de medicina. Consecuentemente, se distingue con toda claridad los objetivos de la farmacología como ciencia y como disciplina académica, de los objetivos de la industria farmacéutica como empresa comercial. Los profesores e investigadores de farmacología en las universidades son igualmente libres de descubrir los efectos favorables y los desfavorables de las drogas en los hombres y en los animales. El estudio de las sustancias tóxicas es tan importante dentro de la farmacología como el de los agentes terapéuticos.

En psiquiatría, la situación es diferente. En primer lugar, su objeto de estudio no está tan claramente definido como el de la farmacología; tampoco lo están sus métodos ni sus objetivos. En segundo lugar, la distinción entre la psiquiatría como ciencia y como institución es con frecuencia oscura. Algunos departamentos universitarios de psiquiatría están asociados al sistema de hospitales públicos; otros, a instituciones psicoanalíticas. Ideológica y a menudo financieramente tales departamentos dependen del sistema al cual se asocian. Esta situación es comparable al empleo de un conjunto de personas que son nominalmente «científicos» por parte de un grupo económico; por ejemplo, la contratación de investigadores médicos por la industria del tabaco. Es evidente que los miembros de ese grupo no tendrán la misma libertad que los investigadores de un departamento universitario independiente. En suma: tales asociaciones dejan «fuera de las fronteras» de la investigación e indagación psiquiátricas a ciertas áreas de la disciplina. Esto es válido para la mayoría de los departamentos académicos actuales con respecto a ciertas prácticas de los hospitales neuropsiquiátricos e institutos psicoanalíticos públicos.

IV

Ahora quisiera plantear estos interrogantes: ¿Cuál *fue* y cuál *es* el papel de la psiquiatría en la facultad de medicina de una universidad? ¿Y cuál *debería ser* ese papel?

George Packer Berry, ex decano de la Facultad de Medicina de Harvard y uno de los más destacados educadores médicos de nuestros días, ha dicho: «La psiquiatría se ocupa primordialmente de la conducta y de las relaciones interpersonales. [...] Así como el médico necesita del químico, el físico y otros especialistas en las ciencias de la naturaleza para que lo ayuden a comprender las reacciones físicas del ser humano, necesita de los científicos sociales y de la conducta para que lo ayuden a comprender el modo de vida de ese ser humano».[277]

¿En qué medida el psiquiatra de las facultades de medicina está dedicado a promover el avance de nuestra *comprensión* de la conducta, y en qué medida a perfeccionar los medios para el *control* de la conducta?

Ya es imposible negar que, desde sus comienzos, la psiquia-

tría ha estado siempre dedicada a controlar la conducta humana, al principio mediante la internación involuntaria únicamente, y luego con una serie de medidas adicionales, como las restricciones impuestas a la libertad de movimientos, los sedantes, el electrochoque, la psicocirugía, los tranquilizantes, y, en los últimos tiempos, la terapia ambiental y de grupo. También es innegable que en las universidades la psiquiatría no se emancipó nunca claramente de las instituciones a las que la sociedad confió la tarea de controlar la llamada conducta mentalmente enferma. Documentaré brevemente estas afirmaciones.

Desde antes de finalizar el siglo pasado y durante varias décadas, en nuestro país y en el extranjero, el centro de la actividad psiquiátrica era el hospital neuropsiquiátrico estatal. Los departamentos de psiquiatría de las facultades de medicina eran al principio meros apéndices de los hospitales públicos o del sistema de higiene mental. Estos establecimientos gubernamentales de salud controlaban la mayoría de los fondos y de los cargos psiquiátricos, y por ende, también el alcance y contenido de la enseñanza psiquiátrica que se impartía en las facultades médicas.

Con la creciente influencia del psicoanálisis en Estados Unidos, que se inició en la década del treinta y alcanzó su punto culminante poco después de la Segunda Guerra Mundial, el sistema de hospitales públicos perdió influencia sobre las facultades de medicina; pero esto no significa que los departamentos de psiquiatría lograran su independencia. En vez de ser sirvientes del sistema de hospitales públicos, muchos de los mejores de ellos se convirtieron en sirvientes del psicoanálisis organizado. Y algunos continúan siéndolo. De allí en adelante, la naturaleza y alcances de la psiquiatría enseñada en las facultades médicas —tanto en el ciclo básico como en el superior— estuvo determinada por la teoría y práctica del psicoanálisis.

En la actualidad asistimos a los comienzos de una nueva unión matrimonial y de una nueva servidumbre: los departamentos de psiquiatría se están convirtiendo en sirvientes de los programas comunitarios de salud mental auspiciados por el gobierno.

Afirmo que, independientemente de los méritos de todas y cada una de estas empresas psiquiátricas, los docentes universitarios que han aceptado el papel de meros intérpretes y promotores de tales actividades han faltado a su obligación como estudiosos y como profesores. Pues un profesor de psi-

quiatría no tiene la función de ayudar al sistema público de hospitales neuropsiquiátricos en su atención de gran cantidad de «enfermos mentales», de la misma manera que un profesor de técnicas de periodismo no tiene la función de publicar un diario. Aquí no están en discusión las necesidades de la comunidad: esta puede en verdad necesitar establecimientos para ciertas personas incapacitadas, así como necesita de buenos periódicos. Pero, ¿le corresponde al profesor universitario satisfacer dicha necesidad?[278]

Debido a los grandes fondos con que cuenta, el movimiento de la psiquiatría comunitaria promete ejercer un considerable impacto sobre los departamentos de psiquiatría. Ya es evidente que, en armonía con las costumbres adoptadas en el pasado, muchos departamentos se convertirán en voceros y propugnadores de la actividad psiquiátrica que posee mayor poder económico y prestigio social. El hecho de que este tipo de actividad pueda ser inapropiado para un departamento universitario o dañino para sus presuntos beneficiarios se acalla socialmente y se reprime personalmente. Con el fin de silenciar la indagación, se recurre a la compasión por el sufrimiento de incontables millones de personas menesterosas, desocupadas, físicamente incapacitadas y socialmente desfavorecidas: sólo un psiquiatra sin corazón, por no decir sin cerebro, puede negarse a participar.

Pero la cuestión no es tan sencilla. Siempre ha habido pobres y desfavorecidos. Existe una necesidad incuestionable, pero sin duda no se trata de un caso de emergencia *agudo* sino de una dificultad *crónica*, que posiblemente ningún programa, por estruendoso que sea, podrá remediar. Además, sean cuales fueren los méritos de la necesidad en cuestión, algo más debemos añadir sobre la participación directa de los departamentos universitarios de psiquiatría en las actividades comunitarias de salud mental.

Como los centros comunitarios de salud mental, del mismo modo que otros grandes establecimientos psiquiátricos públicos, ofrecen su «ayuda» tanto a los pacientes voluntarios como a los involuntarios —en realidad, hacen una cuestión de honor de negarse a establecer un distingo entre unos y otros—, muchas de las personas así «ayudadas» considerarán al psiquiatra, no como su médico, sino como su adversario, y preferirán que las dejen libradas a sus propias fuerzas. Por ejemplo, una mujer embarazada tal vez quiera abortar; la sociedad prefiere ofrecerle atención psiquiátrica gratuita. ¿En cuál de los bandos se alistará, en este conflicto, el psiquia-

tra académico? En la medida en que la psiquiatría se convierta en una prolongación del brazo político del gobierno, apoyar los intereses del paciente tal como este mismo los define será a todas luces imposible; más aún, el mero reconocimiento de los intereses del paciente como opuestos a los de la sociedad o el Estado podrá ser considerado subversivo, y se tenderá a suprimirlo.

Si la tarea del psiquiatra universitario no es ofrecer el tipo de servicios que brindan el psiquiatra de un hospital público, el psicoanalista y el trabajador de la salud mental que participa en un programa comunitario, ¿cuál es su tarea?

Berry la formuló muy bien al decir que consiste en promover nuestra *comprensión* del «modo de vida» del ser humano. En consecuencia, debe familiarizar al estudiante de medicina con los enfoques antiguos y actuales del llamado enfermo mental, pero sin enseñarle a utilizar con eficiencia ningún método en particular. En suma, el psiquiatra universitario no debería enseñar jamás una técnica específica, sino mantener siempre una actitud crítica respecto de toda técnica.

La enseñanza psiquiátrica en los primeros cuatro años de estudios universitarios * debe tener como objetivo impartir al alumno una comprensión conceptual, más que el dominio de habilidades específicas. Debe centrarse en el estudio y análisis crítico de aquellos aspectos del desarrollo del hombre y de las relaciones humanas que resultan significativos para la práctica y la investigación médicas. Los estudiantes de medicina solo necesitan conocer las prácticas psiquiátricas concretas en la medida en que ello pueda permitirles apreciar mejor su aprendizaje teórico. En este aspecto, la enseñanza de la psiquiatría debe diferir en parte de la enseñanza médica o quirúrgica, asemejándose más bien al estudio del derecho: los estudiantes de derecho no «practican» las actividades de legislador, juez, fiscal o abogado defensor, sino que conocen estos roles legales solo en la medida en que ello es imprescindible para que el aprendizaje teórico del derecho cobre sentido para ellos.

V

Puede ser útil en este punto describir mejor los alcances e implicaciones de la Ley sobre Centros Comunitarios de Sa-

lud Mental de 1963, como también la orientación psiquiátrica que le dio origen y que ahora, a su vez, se ve apuntalada por ella.

El 5 de febrero de 1963, el presidente Kennedy pronunció su tan aplaudido mensaje sobre la enfermedad mental y el retardo mental. En él sostuvo: «Propongo un programa nacional de salud mental que contribuya a inaugurar un enfoque y un énfasis totalmente nuevos en la atención de los enfermos mentales. [. . .] El gobierno en todos sus niveles —federal, estadual y local—, las fundaciones privadas y los ciudadanos individuales, todos deben hacer frente a sus responsabilidades en este ámbito».[279] A continuación el Presidente criticó agudamente los antiguos hospitales públicos de custodia, «para abandonar los cuales la muerte ofrecía a menudo la única esperanza válida», y concluyó destacando que «debemos hacer [. . .] que la atención a la salud mental retorne al tronco principal de la medicina norteamericana».[280]

Se trataba de una propuesta noble, y, debo confesarlo, sincera y bienintencionada. Pero ello no impedía que fuera ingenua, engañosa y hasta destructiva por sus consecuencias.

Casi 158 años antes, el 16 de febrero de 1805, el príncipe Karl August von Hardenberg inauguró el sistema de hospitales neuropsiquiátricos de Prusia con las siguientes palabras: «El Estado debe ocuparse de todas las instituciones destinadas a quienes tienen su mente dañada, tanto para la mejoría de los infortunados como para el progreso de la ciencia. En este importante y difícil campo de la medicina, solo tenaces esfuerzos nos permitirán lograr avances para el bien de la sufriente humanidad. La perfección solamente puede alcanzarse en tales instituciones [o sea, en los hospitales neuropsiquiátricos públicos]; allí se dan todas las condiciones para llevar a cabo experimentos tendientes a poner a prueba las teorías básicas, y para utilizar los resultados de dichos experimentos con miras al adelanto de la ciencia».[281]

Observar las similitudes entre ambas declaraciones causa escalofrío.

Las propuestas actuales de los servicios comunitarios de salud mental son engañosas porque se muestran vagas o guardan silencio en cuanto a los derechos que tiene el futuro paciente, no solo de recibir un tratamiento *que supuestamente necesita*, sino también de rechazar un tratamiento *que repudia explícitamente*. En ninguna de las nuevas leyes al respecto se contemplan resguardos contra la internación y tratamiento involuntarios. Es razonable colegir, pues, que las

leyes y costumbres que rigen en la actualidad tales procedimientos habrán de prevalecer y afectarán a una proporción creciente de la población (sobre todo a las clases bajas). De hecho, uno de los prominentes voceros de la psiquiatría comunitaria reconoce sin tapujos que «en muchos casos, los miembros de la comunidad que más necesitan atención psiquiátrica se niegan a ser tratados, y hasta ahora no existe ninguna manera de imponer la atención psiquiátrica donde es más necesaria», y expresa luego la esperanza de que «si los trabajadores de la salud pública han logrado que se sancionen leyes que establecen la obligatoriedad del tratamiento de las enfermedades trasmisibles, las dificultades que encontramos en nuestros esfuerzos paralelos para la imposición de la psicoterapia no serán insuperables».[282]
Cincuenta años atrás esta misma idea era considerada científicamente atrevida y gozaba de popularidad entre los intelectuales de Alemania. «Un autócrata que poseyera nuestros conocimientos actuales», escribió Kraepelin en 1917, «podría, si no tuviera consideración alguna hacia los antiguos hábitos humanos, lograr una reducción significativa en la proporción de insanos en unas pocas décadas».[283] He aquí otro ejemplo melancólico del amargo refrán: «La historia nos enseña que la historia no nos enseña nada».
Hasta aquí hemos hablado de la historia del movimiento comunitario de salud mental y del espíritu que lo anima. Echemos una mirada ahora a su funcionamiento real.

VI

La Ley sobre Centros Comunitarios de Salud Mental auspiciada por el presidente Kennedy se sancionó en 1963. Ella autoriza a invertir 150 millones de dólares para la construcción de centros de salud mental en todo el país. En 1965 el Congreso asignó 224 millones adicionales para los sueldos del personal de dichos centros.
En un artículo aparecido en la revista *Harper's Magazine* se describía así los objetivos y funcionamiento de los centros: «Se espera que en esos centros todo el que necesite tratamiento lo tendrá, el pobre tanto como el rico. [. . .] Los servicios de salud tendrán que ser reorganizados sobre la marcha de acuerdo con lineamientos democráticos y más eficientes».[284]

Las actividades reales desarrolladas en los centros solo son médicas de palabra. En un centro que funciona con el auspicio de la Facultad de Medicina Albert Einstein en el Hospital Lincoln, de Harlem, «la gente suele venir a plantear algún problema práctico urgente más que serios trastornos emocionales». Una clienta, verbigracia, vino a quejarse de que no podía «conseguir más colchones de la oficina de Bienestar Social». El asistente social que investigó su situación hogareña se encontró con que «de sus nueve hijos, solo tres vivían en la casa: una niña de siete años que pesaba 18 kilos (el peso normal de una criatura de tres años), una niña de once con un proceso estacionario de tuberculosis y una muchacha de catorce años embarazada de tres meses. Seis hijos varones, todos ellos drogadictos, habían abandonado el hogar. [...] La madre era alcohólica».[285]
La ayuda proporcionada a esta familia consistió, entre otras cosas, en hacer que la madre asistiera a las reuniones de los Alcohólicos Anónimos y en ubicar a la muchacha embarazada en un hogar para madres solteras. No es mi intención desmerecer la calidad de esta ayuda, pero pienso que ella ilustra cuán fraudulenta es la afirmación de que los centros comunitarios de salud mental tornarán más «democrática» y accesible la asistencia psiquiátrica. Si esta familia hubiera vivido en Scardale en vez de Harlem, el hijo de la muchacha habría sido abortado y no adoptado.
Este enfoque de la psiquiatría desde la perspectiva de la asistencia social práctica genera muchos interrogantes. ¿Debe considerarse «psiquiátrica» dicha actividad? ¿Pertenece al ámbito de la «salud y enfermedad mental»? He aquí la respuesta que da un miembro del personal del centro del Hospital Lincoln: «¿Qué si es salud mental? ¡Por supuesto! La gente viene a verlo con problemas que no puede resolver, y si usted la ayuda a resolverlos cuando todavía son *pequeños* problemas, lo que hace en el fondo es garantizar su salud mental».[286]
Las consecuencias prácticas —sociales y jurídicas— de una definición tan elástica de la salud mental, y por ende de la enfermedad mental, no parecen preocupar a nadie, dentro o fuera de la psiquiatría. No me explayaré aquí sobre los peligros de esta costumbre, pues ya los he descrito en otro sitio.[287]
Por lo demás, no hay acuerdo, ni en la psiquiatría en general ni en el campo de la salud mental comunitaria en particular, acerca de los alcances de la psiquiatría comunitaria o

el papel que el psiquiatra debe cumplir en ella.[288] El doctor James A. Piel, vicedirector del Ministerio de Salud Mental de Michigan concuerda con la opinión generalizada de que «el principal desafío es que los psiquiatras de los hospitales [públicos] se unan a los psiquiatras de la comunidad para tratar de crear entre ambos un tratamiento psiquiátrico y uniforme», pese a lo cual agrega: «La psiquiatría *no* es sociología, asistencia social, criminología ni ninguna de las demás actividades destinadas a ayudar a las personas con problemas. Es la aplicación de conocimientos específicos a manifestaciones y síntomas mórbidos también específicos, incluidas las psicosis, neurosis, etc. [. . .] Esto deja fuera de la práctica psiquiátrica la administración de hogares, la búsqueda de alojamiento para los sin techo, la crianza de niños y de adultos inmaduros, el ofrecimiento de consejos a los que sufren mal de amores y la protección de la sociedad frente a los marginales».[289]

No obstante, según Leonard Duhl el psiquiatra comunitario «debe aprender a actuar como asesor de una comunidad, una institución o un grupo sin una orientación individual hacia el paciente; lo que debe ocupar el centro de su atención son más bien las necesidades de la comunidad. [. . .] Debe llegar a sentirse cómodo en el mundo de la economía, la ciencia política, la política práctica, la planificación y todas las demás formas de la acción social».[290]

Teniendo en cuenta las creencias y prácticas del psiquiatra comunitario, así como las ideas de la psicología y la sociología modernas acerca de los problemas que plantea la denominada conducta anormal, sostener que la psiquiatría comunitaria es y debe ser una rama de la medicina es necio o hipócrita. Al solicitar que «la atención a la salud mental retorne al tronco principal de la medicina norteamericana», el presidente Kennedy se hacía eco, pues, de los sentimientos —o mejor, de la propaganda— difundidos por el movimiento de la salud mental.

Las discrepancias en cuanto a la índole y los alcances de la psiquiatría comunitaria y en cuanto al papel del psiquiatra en ella, ilustrada en las observaciones antedichas, podrían multiplicarse. Pero hay acuerdo unánime sobre dos proposiciones: primero, que la enfermedad mental es un vasto problema social, contra el cual el individuo aislado no puede defenderse como corresponde (necesita el apoyo de la comunidad, vale decir, del gobierno) ; y segundo, que el rol de paciente mental, como el de delincuente, debe ser adscrito

más que meramente asumido. En otras palabras, la sociedad tiene el derecho de obligar a las personas a aceptar el rol de pacientes mentales y de someterlos a internación y tratamiento psiquiátricos involuntarios.

¿Dónde queda, a todo esto, la psiquiatría académica? Frente a estas inquietantes incertidumbres teóricas y urgentes presiones sociales, ¿qué función le incumbe al departamento de psiquiatría de una universidad? Como las necesidades de los estudiantes de medicina y de los médicos residentes especializados en psiquiatría difieren fundamentalmente, trataré por separado el papel que desempeñan en las facultades de medicina los estudios de psiquiatría anteriores y posteriores a la licenciatura.*

VII

El mandato impartido a las universidades por la sociedad que las mantiene económicamente y en la cual funcionan ha variado a lo largo de distintas épocas y lugares; pero al menos en los países libres de Occidente se acepta, en general, que la universidad debe gozar de cierto grado de independencia con respecto a las principales instituciones políticas y económicas de la nación; o sea que no debe estar al servicio ni de la gran empresa ni del «gran Estado». La alusión tradicional a la universidad como «torre de marfil» y al estudioso como a un ser recluido en esta, expresa precisamente ese carácter de la universidad: un lugar apartado de (aunque inserto en) la palestra donde tienen lugar las luchas por el poder propias de la vida civil.

El ideal de la universidad independiente, como todos los ideales, jamás puede ser alcanzado; pero es posible aproximarse a él... o bien abandonarlo.[201]

El mandato conferido por la sociedad a las facultades médicas de Estados Unidos, y en especial a sus departamentos de psiquiatría, es doble: promover los conocimientos médicos y entrenar profesionales competentes.[202] Estas dos misiones son en parte complementarias, en parte antagónicas. Para comprender las dificultades que enfrenta la psiquiatría académica es preciso percibir este conflicto con claridad.

En la medida en que la facultad de medicina se ocupa de la enseñanza y el progreso de la ciencia médica, su función es análoga a la de cualquier otra facultad: impartir un con-

junto de informaciones y fomentar el avance de ciertos tipos de saber. Aunque las finalidades prácticas nunca están en ella, ni tienen por qué estar, relegadas al olvido, la principal preocupación de esa clase de enseñanza no es necesariamente la utilidad social inmediata que puede prestar el alumno a la sociedad: por ejemplo, ciertas ramas de la matemática pueden enseñarse con independencia de que los alumnos trabajen luego para la IBM o la General Electric.
En la medida en que la facultad de medicina se ocupa de la formación de profesionales competentes, su responsabilidad para con la sociedad es muy distinta: ella consiste en suministrar un conjunto de conocimientos y de técnicas que sean útiles para aliviar y prevenir las enfermedades. No hay nada nuevo en esto: se trata de la conocida distinción entre la ciencia pura y aplicada, en lo que atañe a la enseñanza de la medicina. Pero estas consideraciones tienen importancia para el problema de la psiquiatría académica.
En tanto y en cuanto la psiquiatría académica es una extensión del sistema de hospitales públicos o del sistema de centros de salud comunitarios, su función es la de una ciencia aplicada que se ocupa del *control* de la conducta humana. Como tal, puede relevar a la sociedad de una de sus obligaciones, a saber, formar médicos versados en el control social de los llamados «enfermos mentales».
En tanto y en cuanto la psiquiatría académica es una extensión del movimiento psicoanalítico, su función es la de una ciencia pura que se ocupa de la *comprensión* de la conducta humana. Como tal, puede relevar a la sociedad de otra de sus obligaciones, a saber: formar médicos versados en la comprensión de los llamados «enfermos mentales».
La utilidad social que tiene el psicoanálisis para una enorme cantidad de «enfermos mentales» es escasa, mientras que la de un sistema hospitalario capaz de dar cabida a un número cuatro veces mayor de personas que todas nuestras cárceles, es muy grande. A esto debe añadirse ahora la utilidad social de un vasto y novedoso sistema de hospitales y clínicas, denominados centros comunitarios de salud mental.
En el pasado, la psiquiatría académica se debatió permanentemente entre la Escila de tratar de controlar a la gente y el Caribdis de tratar de comprenderla. El resultado ha sido una pérdida de identidad, que viene padeciendo desde hace mucho tiempo y de la que no muestra signos de recuperación.
En la formación psiquiátrica del médico se añaden otras dificultades. En la práctica, los estudios de psiquiatría en la li-

cenciatura de medicina han debido transar, no solo entre las necesidades del control social y las de la comprensión humana, sino también entre las necesidades de los alumnos que proyectan ser médicos clínicos y de los que proyectan ser psiquiatras. Nos guste o no nos guste a los psiquiatras, lo cierto es que saber psiquiatría no es tan importante para el estudiante de medicina como saber fisiología, medicina interna o cirugía. Es imposible imaginar a un médico competente sin formación en estas últimas materias, pero es perfectamente imaginable que ignore la psiquiatría. Pienso que pueden formarse buenos obstetras, cirujanos y aun internistas y pediatras sin necesidad de impartirles una enseñanza psiquiátrica *formal* en la facultad.

La creencia corriente de que los estudiantes de medicina necesitan una vasta educación psiquiátrica formal descansa en un falacia básica. Se supone que, como los médicos tratan a seres humanos, deben aprender muchas cosas acerca de la relación entre el médico y el paciente; o bien que, como están obligados a dar consejos sobre asuntos cotidianos, deben saber psicoterapia. Pero el hecho es que el médico puede desarrollar en su profesión muchas otras actividades que sin embargo no forman parte del plan de estudios. El ejemplo más notorio es la propia enseñanza de la medicina: muchos de los mejores alumnos de las mejores facultades pasan a desempeñarse como profesores, pese a lo cual la enseñanza de la medicina jamás es incluida como materia en el programa de estudios, ni creo que debería serlo.

Esto no significa que la psiquiatría carezca de importancia. Lo que estoy tratando de decir es que la psiquiatría es, a la vez, *menos* importante y más importante de lo que se supone: para el alumno que no se interesa en ella y que proyecta dedicarse estrictamente a la medicina clínica, es menos importante; y para el que se interesa en ella y proyecta ser psiquiatra (o experto en salud pública, o en medicina sanitaria), es mucho más importante. De hecho, en las facultades de medicina se llega a una solución de compromiso entre ambos tipos de necesidades, con el resultado de que a algunos estudiantes se les enseña demasiada psiquiatría y a otros demasiado poca.

Pero aún hay otra transacción que la psiquiatría académica se esfuerza por lograr: la que se refiere a la naturaleza de su objeto de estudio. La psiquiatría no ha decidido todavía si debe estudiar y tratar los estados patológicos, los desempeños sociales, o ambas cosas.[203] En el primer caso, sería una dis-

ciplina esencialmente análoga a la patología y la medicina interna; en el segundo, se asemejaría más a la sociología y la política; en el tercero, sería (y así ocurre a menudo) como un bígamo que aduce amar a sus dos mujeres pero no comprende ni está verdaderamente ligado a ninguna de ellas.
En síntesis: la enseñanza de la psiquiatría en la licenciatura de medicina constituye en la actualidad una triple solución de compromiso: 1) entre las necesidades de los alumnos que no desean ni necesitan esa enseñanza, y las de los alumnos que la desean y necesitan; 2) entre la psiquiatría como medio de control social y la psiquiatría como ciencia social; y 3) entre la psiquiatría como estudio y tratamiento de los estados mórbidos (enfermedades) y la psiquiatría como estudio de los roles sociales (juegos) y procedimiento para influir en ellos.

VIII

Las sociedades, al igual que los individuos, suelen tener diversas necesidades antagónicas entre sí. Este hecho afecta la formación de los psiquiatras residentes como pocos en la sociedad norteamericana contemporánea. Las dos necesidades sociales que en este caso es menester conciliar son la educación de psiquiatras científicos, capaces de desarrollar un pensamiento crítico y de realizar investigaciones independientes, y el adiestramiento de psiquiatras profesionales capaces de desarrollar las técnicas y habilidades que se estiman apropiadas para ellos. En realidad, los programas para psiquiatras residentes, dentro y fuera de las universidades, han tendido a jerarquizar estos dos objetivos en un orden inverso: el adiestramiento de profesionales en primer lugar, la educación de científicos en segundo lugar.
Por añadidura, este conflicto no gira en torno de las aspiraciones de los individuos y las exigencias de la sociedad, sino entre dos necesidades diferentes de la sociedad: la necesidad de profesionales y la necesidad de hombres de ciencia.
La tensión existente entre tales objetivos y necesidades —no solo en la psiquiatría, sino en la educación médica en general— solo en los últimos tiempos se ha convertido en motivo de inquietud para los educadores. En 1965, un comité de la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de Estados Unidos informó que «gran parte de la educación formal que

se brinda luego de la licenciatura concita apenas un interés limitado de las facultades de medicina y de la universidad. [. . .] Resulta ineludible extraer la conclusión de que, incluso en la actualidad, la enseñanza médica total que se ofrece en Estados Unidos no es realmente una función de la universidad, aunque la mayoría de las facultades de medicina y de sus hospitales-escuelas incluyan la palabra "universitario" en su denominación».[204]

Las presiones en la otra dirección, o sea, el estímulo dado a las facultades médicas para que brinden servicios en lugar de fomentar los estudios críticos y creativos, proviene fundamentalmente, en nuestros días, del gobierno. Por ejemplo, un autor de artículos sobre medicina escribe que, como consecuencia de la enmienda sobre el programa «Medicare» introducida en la Ley de Seguridad Social, el gobierno federal hará renovados esfuerzos «para que las facultades de ciencias médicas participen en forma cada vez más activa en el suministro de atención médica. [. . .] Es indudable que, como resultado de los nuevos programas federales, las propias facultades de medicina experimentarán cambios profundos. No solo habrán de aceptar mayores responsabilidades en los servicios de salud comunitarios, sino que es probable que resulten fortalecidas por la nueva asistencia operativa directa».[295]

Quizás en respuesta a esta nueva demanda de servicios, también se están enunciando más claramente las necesidades vinculadas con los estudios científicos. Así, Robert H. Ebert, decano de la Facultad de Medicina de Harvard, se lamenta de que aun en una etapa tan avanzada de la historia de la educación médica como la que estamos viviendo, «las facultades de medicina no han asumido, curiosamente, la responsabilidad por la educación continua del alumno luego de su graduación. Han dado por sentado durante demasiado tiempo que los estudios de posgrado no le incumben a la universidad».[296] Y expresa la esperanza de que las facultades se hagan cargo de esos estudios en forma directa, para satisfacer «sus necesidades propias y las de la comunidad, sin tener en cuenta la fuente de financiamiento o los intereses creados de una amplia variedad de instituciones paraeducativas».[297]

Estas afirmaciones demuestran una inteligente comprensión de las complejidades del problema. A menos que la comunidad esté decidida a sacrificar sus estudios de largo plazo para el adelanto del conocimiento y de la técnica en aras de

las necesidades públicas de corto plazo, requiere que la facultad de medicina forme tanto estudiosos como profesionales. Estas dos metas deben coexistir en una transacción constructiva, o de lo contrario la sociedad resultará perjudicada.
Los actuales programas para psiquiatras residentes tratan de llegar a una solución de compromiso entre dos de las necesidades sociales y profesionales antagónicas que enumeré antes: la psiquiatría como medio de control social y como ciencia social, y la psiquiatría como estudio y tratamiento de enfermedades y como estudio de, y medio de influir en, roles sociales.
La libertad de que gozan los departamentos de psiquiatría para ofrecer un programa ecléctico, que incluya la enseñanza de los múltiples elementos que hoy constituyen la disciplina psiquiátrica, o un programa selectivamente orientado hacia tal o cual tarea teórica y práctica, depende asimismo de circunstancias externas: los requisitos fijados para expedir títulos, la reglamentación legal de la práctica de la medicina y sus especialidades, las oportunidades económicas que brindan las diversas ramas de la psiquiatría, etc.
En último análisis, lo que distingue a la persona con formación psiquiátrica de otros estudiosos de ciencias humanas, como el politicólogo, el psicólogo, el sociólogo o el asistente social, es la *tarea concreta* que desea desempeñar eficientemente y los *métodos* que utiliza; y así como las tareas concretas y métodos varían, también varía la «psiquiatría». De este modo, la psiquiatría comunitaria y la psicoterapia individual diferirán entre sí —tienen que diferir— tanto como el control de la sífilis mediante medidas sanitarias preventivas difiere de la cirugía estética con que se embellece la nariz de una persona.

IX

La psiquiatría académica está hoy en los umbrales de otra crisis de identidad. Como en las anteriores, la cuestión que se plantea es la siguiente: ¿Quién establecerá su identidad: los propios psiquiatras académicos, o personas que están fuera del redil universitario y representan otros intereses sociales?
«Solo resolviendo sus enigmas morales», dijo Eliseo Vivas, «puede un hombre descubrir, *mediante la creación*, lo que él

es».[298] Esto se aplica punto por punto a un grupo o institución. Sólo un individuo con un sentido muy claro de su propia identidad puede resistir las lisonjas y amenazas de los intereses externos. Ya hemos visto que en el pasado la psiquiatría académica no ha podido mantener y desarrollar una identidad propia y autodefinida: ante las presiones que enfrentaba, permitió que un interés tras otro definiera su rol y su función sociales, o sea, su identidad profesional. A menos que sea consciente de esta amenaza y esté dispuesta a defenderse frente a ella, la psiquiatría no estará, por lo que parece, en condiciones de resistir las presiones que probablemente dirija contra ella el movimiento de psiquiatría comunitaria.

El problema no es nuevo, y deberíamos tratar de asimilar las enseñanzas de la historia. En las últimas décadas, el poder del dinero ha quedado dramáticamente demostrado en dos esferas: las leyes y prácticas relacionadas con la asistencia social, y el vínculo existente entre el gobierno y las ciencias físico-naturales.

«Por paradójico que parezca», observó Wilcox, «la amenaza más seria que imponen a la libertad nuestros programas de servicios y beneficios públicos tienen que ver con sus propios beneficiarios. [. . .] Pagando a la gente para que haga o deje de hacer ciertas cosas es posible a veces controlar su conducta tan eficazmente como si se la amenazara con enviarla a la cárcel».[299]

La Ley sobre Centros Comunitarios de Salud Mental de 1963, como la Ley de Seguridad Social, es un programa de beneficios sociales que probablemente engendre otra burocracia monumental, la cual tendrá económicamente sometidos a sus empleados y legalmente sometidos a sus clientes psiquiátricos. En esta forma puede ampliarse aún más los alcances de lo que se dio en llamar «gobierno mediante el soborno».

El problema no radica aquí simplemente en que la ayuda obtenida *del* gobierno se convierta en control *por* el gobierno; en lo que atañe a la psiquiatría, el peligro reside más bien en la cambiante definición de la *finalidad* de la ayuda. Ya hemos visto que el movimiento comunitario de salud mental promueve, con apoyo oficial, la creación de centros que provean «atención para la salud mental» a las masas, en particular a la gente pobre. Esto puede constituir una necesidad social. También lo es el adiestramiento de policías. Pero, ¿justificaría un aumento en los índices de delincuen-

cia que las facultades de derecho se convirtieran en escuelas de adiestramiento de policías? Casi todo el mundo consideraría que no, porque la facultad de derecho debe cumplir otras funciones sociales: formar abogados, fiscales, jueces, expertos en derecho comercial y laboral, juristas, etc. No obstante, hoy se justifica y se defiende ampliamente esta clase de redefinición de la finalidad a la que están destinados los departamentos universitarios de psiquiatría, con el argumento de que deben combatir la creciente «incidencia» de la «enfermedad mental», sobre todo entre los pobres y desfavorecidos.

Los peligros que amenazan a la psiquiatría como ciencia del hombre son todavía peores. La física, una disciplina muy avanzada con un claro sentido de su propia identidad, debió inclinarse en grado sumo ante el peso de un enorme apoyo oficial para la investigación y el desarrollo; es probable que si la psiquiatría tiene que soportar ese mismo peso se quiebre y no se doble. El principal motivo de conflicto entre la ciencia y el gobierno es que los científicos están fundamentalmente interesados en el conocimiento y los políticos en el poder. Como observó James R. Newman: «Allí donde confluyen los científicos y los políticos debe haber conflicto; y así ocurrió durante un tiempo. Pero este saludable estado de cosas ya no prevalece; ahora los científicos y los políticos danzan juntos, avanzan en pareja, se inclinan dando un paso atrás y hacen una reverencia, se intercambian cumplidos: un espectáculo lamentable».[300]

El hecho de que la física atómica y los poderes públicos hayan aunado fuerzas, dice Newman, ha contribuido a la defensa nacional pero no ha beneficiado a la física. La ciencia «ha sido influida tendenciosamente y corrompida por el apoyo oficial; los científicos han perdido su independencia; la educación se ha visto perjudicada». Y concluye: «Entre el Gobierno Federal y la ciencia existe un vínculo insalubre, y los males que he apuntado empeoran. No han de autorremediarse a largo plazo, y requieren mucha más sinceridad, honestidad y desinterés de los que están dispuestos a dedicarles tanto la comunidad científica como el gobierno. Que la ciencia necesita cierto apoyo oficial es indudable, pero no lo es menos que utilizar los fondos públicos para convertir a la ciencia en un instrumento peculiar para el logro de continuidad política no hace sino menoscabarla y degradarla».[301]

Siendo la psiquiatría una ciencia moral, su necesidad de con-

servar la autonomía frente a quienes detentan el poder económico y político es aún mayor que la de las ciencias naturales. No quiero insistir sobre lo que podría llegar a ser de la psiquiatría si un amplio apoyo oficial la convierte en un «instrumento para el logro de continuidad política».[302]

X

La psiquiatría académica enfrenta hoy un ataque a dos puntas contra su integridad: las lisonjas, consistentes en grandes sumas de dinero puestas a disposición de quienes aceptan formar planteles de trabajadores en salud mental; y las acusaciones, consistentes en críticas dirigidas contra quienes no aceptan poner su talento y sus recursos (y los de las instituciones a que pertenecen y al servicio de una «guerra total contra la enfermedad mental».

La supervivencia de la psiquiatría académica depende en última instancia del apoyo que reciba de sus propios miembros, de la comunidad académica en general y de la sociedad. El médico sanitarista ha resistido las presiones sociales tendientes a definir su rol como trabajo social: por ejemplo, no cree que su misión sea proteger a los pobres contra sus patrones (aunque esa protección podría mejorar la salud de los pobres). Tampoco el jurista ha sucumbido a las presiones tendientes a definir su rol como el de un tecnólogo social: por ejemplo, no considera que su misión sea interpretar la Constitución de manera tal que la vida resulte más fácil para la mayoría de la gente (aunque esa interpretación podría aumentar el bienestar de muchos).

Por lo tanto, al psiquiatra académico le incumbe en primer lugar resistirse a las presiones que procuran definir su rol como la práctica del control social: por ejemplo, no debe considerar misión suya reentrenar a los adultos inadecuadamente socializados para que se trasformen en trabajadores productivos (aunque ese reentrenamiento podría beneficiar a muchos). En suma: tiene que ser fiel a la integridad de su rol social. ¿Y cuál es ese rol? Nada tiene de novedoso. Christopher Lasch lo reformuló elocuentemente cuando dijo que «los intelectuales no son personas encargadas de elaborar políticas públicas, ni senadores, ni árbitros de disputas internacionales. Son críticos, y de esa condición deriva el poder que pudieran tener...».[303] Por consiguiente, si el

psiquiatra académico no es un crítico intelectual independiente, de hecho no cumple *ningún rol* y no puede esperar que la sociedad lo proteja.

La supervivencia de la psiquiatría académica (aun en su forma embrionaria actual), así como su futuro desarrollo, depende, pues, de que los psiquiatras académicos tomen conciencia del especial carácter de su rol como estudiosos críticos, y de que sean fieles a ese rol. Pero esto no basta. La comunidad académica en su totalidad y la sociedad en general deben reconocer la naturaleza y valor de las actividades académicas y protegerlas de la intromisión de diligentes reformadores sociales. Es preciso, entonces, que tanto quienes pertenecen a los círculos psiquiátricos, médicos y profesionales como quienes están fuera de ellos entiendan y aprecien la diferencia entre *comprender a las personas* y ayudarlas a vivir *como ellas juzgan apropiado*, por un lado, y *controlar a las personas* y hacer que se conduzcan *como la sociedad juzga apropiado*, por el otro. Si no aprecia esta diferencia, la psiquiatría académica no tendrá *raison d'être* y quienes se dedican a ella no podrán reclamar legítimamente los particulares privilegios que la sociedad occidental confiere a los estudiosos.

12. La clasificación psiquiátrica como estrategia de coerción personal*

I

El hombre es el único animal que clasifica. Todo lo que aprehendemos o hacemos debe ser ubicado en su categoría correspondiente. En el pasado, cuando la teología era el árbitro supremo entre los individuos de opiniones antagónicas, las cosas eran más simples. El hombre no clasificaba: sólo Dios podía hacerlo. En esa época, la tarea del hombre de ciencia se parecía a la de un ladrón frente a la caja fuerte: consistía en descubrir la misteriosa combinación que Dios había fijado en la naturaleza.

La ciencia moderna destronó al Gran Clasificador, proponiendo una visión opuesta del mundo, en la cual todo es una «bullente y estrepitosa confusión» hasta que el hombre introduce el orden y la armonía. Así, la distinción entre los animales y los hombres, entre las rocas y los árboles, no es el resultado de un plan divino, tal como dice el Génesis, sino la manifestación de la capacidad del hombre para crear categorías por medio de símbolos. No obstante, si *creamos* categorías en vez de *descubrirlas*, ¿cómo podremos estar seguros de que hemos situado las cosas en los compartimentos apropiados?

En psiquiatría, el problema de la clasificación descansa en su totalidad en la premisa fundamental de que existen en la naturaleza estados mentales o formas de conducta anormales, y que situar a quienes padecen tales estados o despliegan tales conductas en categorías convenientemente rotuladas es válido desde el punto de vista científico y meritorio desde el punto de vista moral.

Mis reflexiones al respecto y mi experiencia me han llevado a cuestionar tales premisas. Desde luego, lo que pongo en tela de juicio no es la existencia de amplias variaciones en la conducta personal, ni la posibilidad de designarlas con rótulos diversos, sino la base lógica y jerarquía moral de la premisa que está por detrás de todos los sistemas de clasificación

psiquiátrica: que la conducta humana es un fenómeno natural y, como todos los fenómenos de esa índole, puede y debe ser clasificada.

Sin embargo, superficialmente considerada, la postura del nosólogo psiquiátrico parece inexpugnable. Vivimos en una era científica y tenemos una fe ilimitada en los métodos de las ciencias físico-naturales. Si podemos clasificar el comportamiento de las estrellas y de los animales, ¿por qué no el del hombre?

Resistirse al atractivo del positivismo puede ser difícil, pero el estudioso del hombre debe hacerlo o fracasará como humanista. Porque en la ciencia de la conducta, la lógica del fisicalismo es falsa a todas luces: ella pasa por alto la diferencia entre las personas y las cosas, y los efectos del lenguaje sobre unas y otras.

El lenguaje de la física nos ayuda a comprender y manipular los objetos materiales. Si concebimos a la psiquiatría (o a la psicología) de manera análoga, su lenguaje debe cumplir también una finalidad similar: ayudarnos a comprender y controlar a las personas. Ahora bien: cabe preguntarse si el control o manipulación de la gente es una actividad moralmente legítima si no se la circunscribe con sumo cuidado, y en particular si lo es para los científicos. Si la finalidad de la ciencia del hombre es manipular a la gente, ¿en qué se diferencia del derecho y la religión, o de la publicidad y la política? Evidentemente, es preciso aclarar mejor la naturaleza, alcances y principios éticos de la ciencia del hombre.

De algo podemos estar seguros: sólo el hombre crea símbolos y sólo en él influyen estos símbolos. En consecuencia, ubicar a los animales y a las cosas materiales en determinadas clases no los afecta, pero hacer eso mismo con las personas sí las afecta. Si a una rata se la llama «rata» y a una roca «granito» no pasa nada; en cambio, si a una persona se la llama «esquizofrénica» algo ocurre con ella. En otros términos: en psiquiatría, y en los asuntos humanos en general, *el acto de clasificación* constituye un hecho sumamente significativo.

II

El problema de la clasificación psiquiátrica es tan antiguo como la psiquiatría misma. Conviene que antes de que nos lancemos a explorar un nuevo camino con rumbo desconocido,

pasemos revista a los caminos ya explorados y los rumbos conocidos a que conducen.

No faltan en psiquiatría esquemas nosológicos. En general, ellos se basan en uno o más de los modelos conceptuales y metodológicos de las siguientes disciplinas: 1) la medicina (o la anatomía patológica y la fisiología); 2) las leyes de la herencia o constitución hereditaria; 3) la ética y el derecho; 4) la estadística; 5) la psicobiología; 6) la psicología, y 7) el psicoanálisis. En su forma actual, la nomenclatura oficial de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana es una mezcla de todos estos elementos.

Pese a las diferencias que presentan estos sistemas en lo que hace a los detalles, coinciden en una característica básica: el acto mismo de la clasificación *no* es puesto en tela de juicio. Quienes adhieren a alguno de estos esquemas nosológicos aceptan que la tarea del psiquiatra consiste en examinar y clasificar *pacientes*. No se cuestiona jamás que el psiquiatra sea quien clasifique y el paciente quien sea clasificado. Tampoco se indagan los efectos de la clasificación en la conducta posterior de pacientes y psiquiatras. En suma: los científicos de la conducta clasifican a las personas como si fueran cosas. Esto es casi tan válido para el psicoanálisis como para los enfoques puramente orgánicos. Y no debemos sorprendernos, ya que no se debe a que los psiquiatras carezcan de sentimientos humanos, sino más bien a la falacia de pensar en términos de la ciencia natural. Con ello quiero significar el estudio, explicación y control de las personas como si se tratase de animales o de cosas. Tal era el objetivo que perseguía el «científico» que estudiaba al hombre hace cien años, y sigue siendo su objetivo actual. En un número reciente de la revista *Science*, un destacado investigador médico sostiene que «lo que debemos discutir no es si el hombre es una máquina, sino . . . ¿qué tipo de máquina es el hombre?».[304]

Desde Charcot hasta nuestros días, los nosólogos psiquiátricos han concebido al hombre como una máquina que puede tomarse en forma aislada y «explicarse» de acuerdo con las leyes de la mecánica. En un ensayo memorable sobre su gran maestro, Freud observaba: «. . . a los discípulos que pasaban horas junto a él recorriendo las salas de la Salpêtrière —ese museo de datos clínicos cuyas designaciones y peculiaridades él había establecido en su mayor parte— les recordaba a Cuvier, ese gran conocedor y descriptor del mundo zoológico, y a su estatua frente al *Jardin des Plantes*, que lo muestra rodeado por una multitud de figuras animales; o bien les

hacía pensar en el mito de Adán, quien debió de haber experimentado en grado máximo ese placer intelectual tan ensalzado por Charcot cuando Dios puso frente a él las criaturas del Paraíso para que las diferenciase y les pusiera nombre».[305]

Aquí Freud compara a Charcot con Cuvier, que había clasificado diversos tipos de vida animal, y con Adán, que en el relato bíblico de la Creación puso nombre y agrupó a los objetos «fabricados por Dios». En ambos casos, clasificador y clasificado se encuentran en distintos planos existenciales: uno más alto, otro más bajo.

Podría pensarse que esta manera de concebir las cosas es propia de la etapa primitiva, de los comienzos de una ciencia; pero no es así. Hoy tenemos métodos de observación más refinados, utilizamos distintas palabras, pero el enfoque es en lo fundamental el mismo. Uno de los más destacados psiquiatras europeos contemporáneos, Kurt Kolle, refiriéndose a la psiquiatría institucional alemana de mediados del siglo XIX afirmó: «Los médicos que trabajaban en estas instituciones eran devotos hombres de ciencia; mediante la observación metódica aunque *benevolente* de sus pacientes, lograron trazar un complejo cuadro de la insania. El psiquiatra pionero se parecía *a un niño que separa guijarros y conchillas en la playa* por su tamaño y color» [las bastardillas son nuestras].[306]

La palabra *benevolente* revela muy bien el dilema que enfrentaba el científico de la naturaleza puesto a estudiar la insania. A nadie se le ocurriría decir que las observaciones de Galileo, o Newton, o Einstein, eran benevolentes. ¿Porqué lo eran, entonces, las de los primeros psiquiatras? La respuesta solo puede ser esta: porque sus objetos de observación eran seres humanos, no astros. Ahora bien: si el psiquiatra trabaja con seres humanos, ¿debe ser su actitud la de un «niño que separa guijarros y conchillas»? Así lo sostiene Kolle, quien rinde honor a Kraepelin «por su gran contribución a la medicina: la clasificación de los trastornos mentales». La pregunta clave «que Kraepelin se planteó afanosamente», continúa Kolle, «era esta: ¿cómo evoluciona la enfermedad? Este método de indagación le permitió poner orden en la confusa plétora de síntomas clínicos dividiéndolos en categorías separadas; aunque han trascurrido treinta años desde su muerte, el sistema creado por este eminente investigador sigue siendo válido».[307]

¿Qué significa aquí «válido»? ¿Que se lo sigue utilizando? En este punto debemos ser sumamente cuidadosos. El mé-

todo psiquiátrico es uno de los tantos que emplea la gente para clasificar a otra gente. Algunas de esas clasificaciones han sido utilizadas durante mucho más de treinta años, y en tal sentido han demostrado ser «válidas». Por ejemplo, han pasado más de cinco mil años desde que los judíos se autoclasificaron como «pueblo elegido» y, por inferencia, todos los demás quedaron clasificados como hijos adoptivos de Dios; sin embargo, todavía hoy muchos judíos y gentiles creen en esta clasificación. Análogamente, hace más de trescientos años que los negros fueron clasificados en Estados Unidos como seres inferiores, y aún son considerados tales por muchos. ¿Son por ello «válidas» estas clasificaciones?
Es oportuno mencionar aquí algunos de los fenómenos que Kraepelin consideraba entre las enfermedades mentales a ser clasificadas por los psiquiatras. Su tan alabada nosología incluía «diagnósticos» como estos: «anormalidades sexuales: la masturbación», «el criminal nato», «los embusteros y tramposos patológicos».[308]
Esta concepción naturalista no pertenece a la historia de la psiquiatría meramente, no es una posición sustentada hace algún tiempo pero que ahora ya se descartó. Luego de dedicar siete páginas en letra pequeña a una reseña de la clasificación de Kraepelin, Karl Menninger concluye diciendo: «La obra a la que Kraepelin dedicó toda su vida representa probablemente la mayor síntesis nosológica que se logró jamás en psiquiatría. [...] Kraepelin consiguió fundir en cierta medida la psiquiatría y la medicina, meta e ideal de los que trabajan en psiquiatría desde los tiempos de Hipócrates».[309]
Si la nosología de Kraepelin es «la mayor síntesis nosológica que se logró jamás en psiquiatría», ¿hasta qué punto pueden ser irracionales y destructivas de los valores humanos las restantes? Además, si consiguió «fundir la psiquiatría y la medicina», objetivo que Menninger y muchos otros psiquiatras contemporáneos consideran sumamente deseable, tal vez deberíamos cuestionar lo incuestionable: la unificación de psiquiatría y medicina.[310]
La opinión actual de Kolle —representativa de lo que he denominado el enfoque corriente de la clasificación— es la siguiente: «Quienquiera que desee sinceramente comprender los principios básicos de la psiquiatría debe antes familiarizarse con el sistema mediante el cual el psiquiatra —y en esto adherimos firmemente a las enseñanzas de Kraepelin— trata de interpretar la enfermedad y las anormalidades mentales como *estados determinados por la naturaleza*».[311]

No resulta claro qué quiere decir Kolle con *naturaleza*. Una de las acepciones de esta palabra es la que nos permite distinguir entre las cosas «naturales» como el mar, las montañas, el carbón y el petróleo, de las cosas «artificiales» hechas por el hombre, como las mesas y sillas, el nailon y los motores de retropropulsión. ¿Kolle quiere decir que las enfermedades mentales están dadas en la naturaleza, como el mar o las montañas, y no son producto de la acción humana?
Según otra acepción de la palabra *naturaleza*, esta designa el mundo material, a diferencia del mundo moral y social humano; por ejemplo, las leyes físicas a diferencia de las leyes morales. Si es esto lo que Kolle quiere decir, lo que en realidad está aseverando es que la enfermedad mental constituye un fenómeno natural o impersonal semejante a un terremoto, más que un acto personal como el del individuo que afirma ser Cristo. Kolle expresa esta opinión en el pasaje siguiente: «Al establecer una clasificación de las enfermedades (nosología) —ya se trate de afecciones de los órganos internos, de la piel, del sistema nervioso o de la mente—, debemos procurar identificar la causa de cada enfermedad, ya que en la ciencia médica el axioma que siempre debe guiarnos es: "No existe curación si primero no se diagnostica una causa"».[312]
Al menos esta posición es clara: la mente es como la piel. A una y a otra le suceden cosas, y a algunas de las cosas que les suceden las llamamos «enfermedades». Debemos investigar sus *causas* y, en lo posible, eliminarlas. Pero, ¿qué lugar ocupa en este esquema la acción humana? La respuesta es: ninguno. No hay nada semejante a una acción que tiende a alcanzar algún fin: solo conducta determinada por causas. Aquí reside el error fundamental del enfoque médico y mecanomórfico[313] del comportamiento humano y la clasificación psiquiátrica. Tan solo una reorientación fundamental de nuestra concepción de la clasificación psiquiátrica podrá sacarnos de este dilema.

III

Para ver desde una nueva perspectiva el problema de la nosología psiquiátrica, comencemos por el principio: examinando el acto mismo de la clasificación.
La clasificación no es algo reservado a la ciencia o al cientí-

fico, sino un acto humano fundamental. Nombrar algo es clasificarlo. Ahora bien: ¿por qué los hombres ponen un nombre a las cosas? La respuesta es a menudo: porque quieren controlar las cosas así nombradas, y, en términos más generales, porque quieren controlar la propia capacidad para actuar en el mundo.

Consideremos algunos conceptos básicos presentes incluso en las culturas más primitivas: comida, bebida, esposa, enemigo. Separar las cosas comestibles de las que no lo son ayuda a sobrevivir; separar a la mujer con la que uno puede mantener relaciones sexuales de las mujeres con las que ello no es posible favorece la cooperación social; y así sucesivamente. Las complicadas ideas de la ciencia moderna pueden ser vistas de manera análoga. Conceptos como los de átomo o bacteria nos ayudan a dominar el mundo que nos rodea: por ejemplo, a obtener nuevos compuestos mediante la síntesis y a curar las enfermedades infecciosas. El acto de nombrar o clasificar está íntimamente ligado a la necesidad humana de control o dominio. Nada nuevo hay en esto: es otra manera de decir que la superioridad del hombre sobre los animales reside en su capacidad para utilizar el lenguaje.

Esto nos lleva al origen de algunos de los problemas con que nos encontramos en psiquiatría. Una cosa es adquirir dominio sobre los animales (p. ej., aprender a domesticar el ganado), y otra adquirir dominio sobre seres humanos (p. ej., aprender a esclavizar al negro). Pero antes de abordar el problema de la clasificación como coerción examinemos el acto clasificatorio al discriminar objetos no humanos.

Como regla general, el motivo para clasificar es adquirir control sobre una porción de la naturaleza. De manera que el acto de clasificación no se parece al juego, exploratorio e indiferente, de un niño en la playa sino más bien a la conducta, deliberada y estratégica, del tigre que está al acecho para lanzarse sobre un antílope. En su carácter de clasificador, el hombre también «ataca» al objeto de su interés, no para devorarlo, sino para controlarlo.

Sartre describe sagazmente este fenómeno. Hijo único, muy dado a la lectura, no se dedicó en su infancia a cazar mariposas con una red sino a atrapar la «realidad» en una red formada por palabras: «Una vez caídos en la trampa de la denominación, un león, un capitán del Segundo Imperio o un beduino eran llevados al comedor, donde permanecían cautivos para siempre, encarnados en signos. Yo suponía que con el garabatear de mi pluma había asegurado a mis sue-

ños un lugar en el mundo».[314] Y más adelante: «Existir era poseer un rótulo oficial en algunas de las infinitas Tablas del Verbo; escribir significaba imprimir en esas Tablas nuevos seres, o bien —y esta era una de mis más persistentes ilusiones— apresar las cosas vivas en la trampa de las frases: si lograba combinar ingeniosamente las palabras, el objeto quedaría enredado entre los signos y yo podría echar mano de él».[315]

El propósito estratégico o táctico que persigue la clasificación es a veces obvio. Cuando el hombre primitivo atribuye la muerte de su rebaño a la maldición que le arrojó el vecino, lo que ha hecho es clasificar la enfermedad de los animales en términos estratégicos: a ellos no puede curarlos, pero puede matar al vecino. La clasificación es como una palanca que nos permite mover mejor ciertos objetos.

Por supuesto, es preferible que la clasificación se base en hechos reales y no ilusorios: atribuir la muerte del ganado a la fiebre aftosa más que al mal de ojo del vecino. No pretendo rechazar o desestimar la base empírica o científica de diversos sistemas de clasificación, porque aquí mi interés es otro: aclarar el propósito y la importancia estratégicos de todos los sistemas de clasificación, sea cual fuere su contenido. Cuando los hombres ignoran la existencia de la fiebre aftosa, atribuyen la muerte de sus animales a las maquinaciones de los vecinos o de los dioses, en vez de reconocer su ignorancia acerca de la calamidad que les ha acontecido. Toda clasificación, incluso las falsas, ofrecen la esperanza de un dominio futuro de los hechos; mientras que la falta de clasificación exige admitir la propia impotencia. Esta admisión es un logro humano muy raro y sofisticado: requiere controlar, aunque solo sea en forma temporaria, el incesante afán humano de dominio. Y únicamente pueden darse este lujo aquellos que se sienten lo bastante seguros de sí mismos como para reconocer su inseguridad. Por difícil que sea clasificar las cosas, sobre todo clasificarlas con exactitud, mucho más difícil es no clasificarlas: suspender el juicio y postergar el acto clasificatorio.

IV

Puede considerarse a la ciencia como la suma total de los esfuerzos humanos tendientes a comprender la naturaleza y

así adquirir cierto grado de control sobre ella. El proceso de denominación, o de identificación simbólica, es quizás el elemento básico de la ciencia. La clasificación representa un paso adelante con respecto a la denominación, así como el ladrillo y el concreto son un paso adelante con respecto a la roca y la madera. ¿De qué manera nos ayuda a dominar el mundo? Suministrándonos ciertas uniformidades que nos evitan recurrentes sorpresas acerca de diversos acontecimientos de nuestro entorno. En los climas templados, la sucesión de las estaciones es uno de esos acontecimientos; en las costas de los océanos, el flujo y reflujo de los mareas. La designación de animales y plantas con un nombre particular, el ordenamiento de los elementos químicos y la clasificación de las enfermedades humanas son pautas, más complejas, de uniformidades, y también nos ayudan a dominar ciertos aspectos del mundo. En algunos casos, ese dominio se alcanza mediante la capacidad de predecir hechos futuros, y, por ende, de prepararse y adaptarse a ellos (p. ej., la meteorología) ; en otros, mediante la capacidad de provocar hechos futuros gracias a una acción inteligente (p. ej., la agricultura).

En líneas generales, esta ha sido siempre la actitud del hombre racional hacia el mundo de los minerales, vegetales y animales. Cuanto más desarrollada se halla dicha actitud en un lugar determinado, más éxito alcanza allí el hombre en la «conquista» de la naturaleza. Contra este telón de fondo debemos contemplar los problemas de la clasificación psiquiátrica.

Los objetivos de la ciencia natural —y los criterios principales de la validez de sus proposiciones— son la predicción y el control. La denominación y la clasificación, así como la formulación de hipótesis, teorías, y las llamadas leyes de la naturaleza, contribuyen a alcanzar estos objetivos. Pero al hombre no le basta comprender (y por ende poder prever o modificar) el movimiento de los planetas, el crecimiento y envejecimiento de las plantas y la conducta de los animales. Hay para él otra fuente de misterio y de peligros: los otros hombres.

Los esfuerzos realizados por el hombre para comprender y controlar a sus congéneres tienen una larga y complicada historia. Aquí haré breve referencia a una parte de ella únicamente: los últimos trescientos años. Este período abarca casi todo el desarrollo de las ciencias físico-naturales modernas y de toda la ciencia social moderna. Reviste particular

interés la actitud del científico hacia las similitudes y diferencias que existen entre describir, predecir y controlar los fenómenos naturales y la conducta humana.
La idea de una «ciencia unificada» no es tan nueva como a veces pensamos. En cierto sentido, la cosmovisión del hombre primitivo era unificada: manifestaba la misma actitud hacia los seres animados e inanimados, hacia el hombre, los animales y los objetos materiales. A esto lo llamamos *antropomorfismo*: el primitivo trata de comprender el mundo material como si estuviese animado por espíritus humanos. Los fenómenos físicos, benignos o catastróficos, son concebidos por él como resultado de una acción voluntaria. En consecuencia, el control de tales acontecimientos se centra en actividades propiciatorias de los dioses o espíritus que, según cree, los han causado.
Desde el advenimiento de la ciencia moderna, con hombres como Galileo y Newton, la imagen de la naturaleza como mecanismo de funcionamiento armonioso inspiró otra concepción del hombre: en lugar de «proyectarse» en la naturaleza, el hombre «introyecta» la naturaleza en él. El hombre primitivo personaliza las cosas, el hombre moderno cosifica las personas. A esto lo llamamos *mecanomorfismo*: el hombre moderno trata de comprender al hombre como si «eso» fuera una máquina. El estudioso debe desarmar la máquina y averiguar cuáles son sus partes y funciones, de modo de predecir la conducta del hombre como la de cualquier otra máquina.
¿Es esta forma de estudiar al hombre la correcta? La historia de la controversia entre quienes responden afirmativamente a esta pregunta y quienes responden negativamente es la historia de la ciencia social. Como no puedo pasar revista a esa controversia aquí, ni siquiera sintetizarla, bastarán unas pocas observaciones sobre su carácter general.
Quienes han considerado lógicamente posible y moralmente deseable la predicción y el control del comportamiento humano tendieron, en general, a abogar por un control social coactivo; la nómina comienza con Saint-Simon y Comte y se extiende hasta contemporáneos como Harold D. Lasswell en ciencia política y B. F. Skinner en psicología. En contraste con ellos, quienes se mostraron escépticos en cuanto a la posibilidad de predecir una amplia gama de conductas humanas y en cuanto a la conveniencia moral de tales predicciones tendieron a abogar por la libertad del hombre frente a restricciones sociales arbitrarias o personales; la nómina de

estos últimos comienza con Locke y Jefferson y se extiende hasta figuras contemporáneas como Ludwig von Mises en economía y Karl Popper en filosofía.

¿Dónde se sitúan, en este debate, los psiquiatras, en especial los nosólogos? En su conjunto, son mecanomorfos de la primera especie: conciben al hombre, especialmente al hombre mentalmente enfermo, como una máquina defectuosa. Esto es muy claro en la concepción de Kraepelin y sus seguidores, quienes consideran las enfermedades mentales igual que las orgánicas: como «entidades» que «evolucionan» de una fase a la otra... por lo común de mal en peor. También Bleuler veía las enfermedades mentales con una perspectiva naturalista. En verdad, pensar de alguna otra manera en tales «enfermedades» hubiera sido acientífico, pura muestra de charlatanería. Esto explica sin duda la posición ambigua de Freud en lo atinente a la llamada «enfermedad mental»: aunque consideraba al psicoanálisis una ciencia de la naturaleza y afirmaba que las anormalidades mentales estaban causalmente determinadas, su principal interés no era clasificar y restringir a sus pacientes sino comprenderlos y liberarlos. Por ello, se vio forzado a inventar un método de aproximación a los llamados «enfermos mentales» (aunque no una teoría ni un vocabulario) totalmente distinto de los métodos existentes en psiquiatría, medicina y ciencias naturales.[316] Para entender esta diferencia esencial entre las posturas de Kraepelin y de Freud, y sus implicaciones para la nosología psiquiátrica, es preciso examinar cuáles son las finalidades que persigue la clasificación de la conducta humana, y en particular la llamada conducta mentalmente trastornada.

V

A medida que la ciencia moderna progresó en su conquista de la naturaleza, se fue tornando claro (a fines del siglo XIX, y cada vez más a partir de entonces) que, entre todos los hechos impredecibles del universo, el comportamiento humano era uno de los más desconcertantes. Y esto no debe sorprender. Entre todos los objetos y seres vivos que existen en el mundo, el hombre es el único dotado de libre arbitrio: su conducta no solo está *determinada* por acontecimientos anteriores sino que también es *elegida* por él, de acuerdo con

la visión que tiene de sí mismo y de las metas que desea alcanzar. ¿O es esta una ilusión? ¿Será la libertad personal un concepto ético indigno de ser incluido en el vocabulario de la ciencia?

No iniciaré una vana controversia acerca de la índole de la «ciencia real». Nuestro interés por este problema radica en el concepto de libertad que introduce. ¿Cuál es su importancia para la clasificación psiquiátrica? Creo que la respuesta podría enunciarse sucintamente así: *Clasificar la conducta humana es restringirla.* Permítaseme explicar qué quiero decir.

Uno de los afanes básicos del hombre es poner orden y armonía en un universo potencialmente caótico. La clasificación de objetos materiales y de seres vivos no humanos cumple este propósito. Pero debe advertirse que el comportamiento de estos objetos no humanos es esencialmente independiente de los actos simbólicos, y por ende no se ve afectado por el acto de clasificación en sí mismo. Una vaca es un mamífero independientemente de cómo la llamemos o la clasifiquemos. Para influir en la conducta de la vaca debemos actuar directamente sobre ella, por ejemplo ordeñándola o matándola. Este tipo de separación entre la acción física y la simbólica se da en todos los órdenes en que el hombre actúa sobre objetos no humanos; pero en las situaciones en que actúa sobre sus semejantes, dicha separación no existe o bien posee un carácter totalmente distinto: el lenguaje se convierte, en este caso, en un tipo de acción.

Visto bajo esta luz, el rol social emerge como una prisión clasificatoria, siendo las identidades personales las celdas en que los hombres se confinan unos a otros. Esto ayuda a explicar las persistentes dificultades que nos plantean las clasificaciones psiquiátricas. Como regla, los diagnósticos médicos no definen la identidad de un individuo, mientras que los diagnósticos psiquiátricos sí lo hacen. ¡Qué distinto es llamar a una persona «un poeta leucémico» y llamarla «un poeta esquizofrénico»! Dicho de otro modo, los diagnósticos psiquiátricos definen la identidad personal más o menos de la misma manera que adjetivos del tipo de «existencial», «kantiano» o «del lenguaje» definen al sustantivo «filósofo» y a la persona a quien se aplica.

Sería absurdo, máxime para los que estudian al hombre, desconocer las formas en que el ser humano utiliza el lenguaje y responde a él. Las expresiones «madre histérica» o «senador paranoide» difieren fundamentalmente de «ma-

dre obesa» o «senador diabético». Sartre, nuevamente, ha echado luz sobre esta cuestión. «El homosexual», observa, «reconoce sus faltas, pero lucha con todas sus fuerzas contra la abrumadora concepción de que sus errores son su destino. No quiere que se lo considere una cosa. Tiene el oscuro pero intenso presentimiento de que un homosexual no es un homosexual de la misma manera en que esta mesa es esta mesa o este hombre pelirrojo es este hombre pelirrojo».[317]
Es precisamente esta mutilación, esta conversión de la persona en cosa, lo que practica el nosólogo psiquiátrico con su sujeto. Así, según los expertos, el método psiquiátrico apropiado para tratar a un «paciente» como el secretario de Defensa Forrestal es tratarlo como a cualquier otro paciente —vale decir, como un objeto no humano que porta un rótulo psiquiátrico—.[318] Por supuesto, si el «paciente» es una Persona Muy Importante, resulta imposible hacerlo, pero el precepto que así lo ordena es revelador. Porque cuando el «paciente» carece del poder social de un personaje influyente, como casi siempre ocurre, puede ser tratado de este modo, y de hecho lo es.[319] Así, cuando un psiquiatra de hospital clasifica como esquizofrénico paranoide a un paciente recién internado, hace exactamente lo que describe Sartre. El rótulo diagnóstico imparte al sujeto una identidad personal deficiente. De ahí en más, lo identificará ante los demás y regirá la conducta de ellos hacia él y de él hacia ellos. El nosólogo psiquiátrico no solo *describe*, pues, la llamada enfermedad de su paciente, sino que también *prescribe* su conducta futura.
En síntesis, debemos elegir entre dos actitudes radicalmente distintas frente a la conducta personal. La primera la considera un fenómeno similar en esencia a otros fenómenos no humanos; por ejemplo, así como un astrónomo puede predecir un eclipse de sol, un criminólogo puede predecir la proporción de «reincidentes» entre los prisioneros que recuperan su libertad. Aunque este enfoque obliga al investigador a tratar a las personas como si fuesen fundamentalmente iguales a las cosas, no carece de méritos. Es útil, en especial, para ciertas clases de análisis estadísticos y predicciones de la conducta.
La segunda actitud considera la conducta humana como una realización única, de la cual sólo el hombre es capaz. La conducta personal, según esto, se basa en las elecciones libres de una persona que utiliza signos, que sigue reglas y que juega juegos, y cuya *acción* está a menudo gobernada

en gran medida por sus metas futuras, más que por sus experiencias pasadas. Esta concepción del hombre coloca en una nueva perspectiva los esfuerzos tendientes a predecir su comportamiento; porque en tanto y en cuanto el hombre es libre de actuar —o sea, libre de elegir entre cursos de acción alternativos—, su conducta es, y debe ser, impredecible; después de todo, esto es lo que significa la palabra «libre». En tal caso, es probable que la tentativa de predecirla termine en el afán de restringirla.

VI

Hacia cualquier lado que miremos encontraremos pruebas de que la mayoría de los diagnósticos psiquiátricos pueden ser utilizados, y lo son, como invectivas: su finalidad es degradar (y de ese modo restringir socialmente) a la persona así diagnosticada. Un ejemplo notorio es la encuesta de psiquiatras realizada por la revista *Fact* durante la campaña presidencial de 1964.

El 24 de julio de 1964, una semana después de que el senador Goldwater fuera elegido candidato a la presidencia por el Partido Republicano, *Fact* envió un cuestionario a los 12.356 psiquiatras de Estados Unidos, donde se preguntaba: «¿Cree usted que Barry Goldwater es una persona psicológicamente apta para desempeñarse como Presidente de Estados Unidos?». Las explicaciones que acompañaban la pregunta no dejaban duda alguna: los directores de *Fact* pensaban que no lo era.[320]

Respondieron 2.417 psiquiatras, o sea aproximadamente el 20 % de los encuestados. Dos de cada tres se mostraron dispuestos a que se diera su nombre. Por 1.189 votos contra 657, los psiquiatras declararon al candidato republicano inepto para ocupar la Presidencia.

La mayoría diagnosticó esquizofrenia paranoide o algún trastorno semejante. He aquí algunos comentarios típicos: «El senador Goldwater me impresiona como una personalidad paranoide o un esquizofrénico de tipo paranoide [...] es un hombre potencialmente peligroso» (de un psiquiatra anónimo del Centro Médico Cornell, en la ciudad de Nueva York). «... Goldwater es básicamente un esquizofrénico paranoide que sufre descompensaciones de vez en cuando» (de un psiquiatra anónimo de Boston).

Otro grupo de psiquiatras vieron en Goldwater a un líder totalitario, principalmente de tipo fascista o nazi. Muestra de opiniones: «Hitler tuvo a sus judíos, y Goldwater tiene a sus negros» (de un psiquiatra anónimo de San Francisco). «... aplaudo el esfuerzo que realizan ustedes para dar a conocer al público algunos hechos esenciales. Es bueno saber que a los psiquiatras de este país no se los culpará luego por haber guardado silencio, si Goldwater resulta un nuevo Hitler» (de un psiquiatra anónimo de Topeka, Kansas).
En un tercer tipo de respuestas, las encuestas ofrecieron opiniones «diagnósticas» sobre otras destacadas personalidades, vivas y muertas (p. ej., Abraham Lincoln y Theodore Roosevelt). Un psiquiatra caracterizó al compañero de fórmula de Goldwater, el congresal William E. Miller, como «un hombre tan agresivo y semiparanoide como el propio Goldwater». Algunos insinuaron oscuramente las anormalidades psiquiátricas de otras personalidades vivas: «No tengo ninguna información directa sobre Barry Goldwater, pero sí la tengo sobre uno de los recientes presidentes y su esposa. El estaba en atención psiquiátrica poco antes de asumir el cargo, y ella es una alcohólica crónica» (de un psiquiatra anónimo de California).
Hubo, por último, un grupo de psiquiatras que se expidieron en favor de Goldwater; muchos, sin embargo, no se contentaron con hacerlo basándose en argumentos políticos, sino que denigraron psiquiátrica o personalmente a Johnson.* Comentario típico: «... ¿Acaso su conducta [la de Johnson] al volante de su automóvil no revela su falta de juicio y un grado de irresponsabilidad suficiente como para justificar que se le inicie un proceso? Valoro mi reputación como psiquiatra, pero estoy dispuesto a arriesgarla en defensa de la opinión de que Barry Goldwater está calificado, desde el punto de vista psicológico y desde cualquier otro punto de vista, para desempeñarse como Presidente de Estados Unidos» (de un profesor de psiquiatría de Georgia).
Sería un error pasar por alto todo esto como un conjunto de necias equivocaciones de unos cuantos psiquiatras, pues las opiniones que hemos citado ilustran la esencia misma del diagnóstico psiquiátrico como acto social. Aquí el psiquiatra se revela en su rol social básico: legitimar o ilegitimar las aspiraciones y roles sociales de los demás. Así pues, cuando un psiquiatra declara que el senador Goldwater no está en condiciones de ser presidente de la república, no hace nada fuera de lo común; su acto no constituye un extravío

de otro tipo de actuación psiquiátrica fundamentalmente distinta. Por el contrario, en nada se diferencia de declarar que una persona no está en condiciones de ser sometida a juicio, o de ejecutar un testamento, o de conducir un automóvil, o de servir en el Cuerpo de Paz. En cada uno de estos casos el psiquiatra cumple su rol social característico: rotular como ilegítimos los roles de ciertas personas o sus aspiraciones a cumplir determinados roles. Desde luego, a veces legitiman tales roles o aspiraciones —p. ej., declarando que un reo puede ser sometido a proceso, que un conscripto puede servir en las Fuerzas Armadas o que un Eichmann puede ser ejecutado—. El poder de declarar ilegítimo un rol debe abarcar el poder de declararlo legítimo.

Con tantos usos y abusos de los diagnósticos psiquiátricos, uno podría llegar a pensar que carecen de todo significado. No es así. *Hay* ciertas diferencias reales en la forma en que los seres humanos son «agrupados». Cuando los psiquiatras llaman a una persona «paranoide» o «compulsiva», suelen referirse a algo tan real como la negra piel de un negro o la blanca piel de un blanco.

La cuestión no reside en que los diagnósticos psiquiátricos carezcan de significado, sino en que pueden ser (y lo son a menudo) utilizados como cachiporras semánticas: destruir el honor y la dignidad de una persona significa aniquilarla, tanto o más eficazmente que si se le rompe el cráneo. La diferencia está en que el hombre que esgrime una cachiporra es reconocido por todos como un peligro público, mientras que no sucede lo mismo con el que esgrime un diagnóstico psiquiátrico.

Es curioso que este método de difamación y asesinato del carácter —que con frecuencia conduce a la víctima a su destrucción— haya sido pasado por alto durante tanto tiempo. Sin lugar a dudas, uno de los motivos de ello es el hecho de ser practicado por doctores en medicina. Sin embargo, la índole de una actividad aparentemente médica no está determinada por el individuo que la realiza, sino más bien por su contexto social y sus consecuencias prácticas.

Considérese el caso de un individuo con buena información en materia de psicología, que consulta a un psiquiatra privado con el fin de alcanzar las metas que persigue en su vida de una manera más libre y eficaz. En la relación que entablan terapeuta y paciente, puede resultar útil para ambos que en determinado momento se describan algunas de las tendencias del segundo con la palabra «paranoide». En el

mejor de los casos, este uso lingüístico podrá aumentar la comprensión que tiene el paciente de sus problemas; en el peor, podrá dañar su autoestima.

Ahora supóngase que un marido contrata a un psiquiatra para que examine a su mujer, quien a juicio de aquel es excesivamente celosa; o que un fiscal de distrito lo contrata para que examine a un acusado que, a juicio de aquel, no está en condiciones de ser sometido a proceso; o que el director de una revista pregunta a un grupo de psiquiatras si el candidato para un cargo público está en condiciones de desempeñarlo. ¿Cuáles serían las consecuencias si el o los psiquiatras llamase «paranoide» a alguna de esas personas? No necesito detenerme en la respuesta.

Si al senador Goldwater puede diagnosticársele una esquizofrenia paranoide, lo cual lo convierte en un suicida o en un homicida potencial, y si tantos psiquiatras pueden hacerlo con tanta prontitud y seguridad, ¿qué posibilidades le quedan a un ciudadano común y corriente cuando se le encaja ese rótulo? ¿Cómo podrá recuperar su libertad y abandonar el hospital neuropsiquiátrico, público o privado, civil o penal, en el que se lo encarceló por el solo motivo de ese «diagnóstico»? ¿Cómo podrá hacer valer su derecho a que se lo someta a juicio, derecho del cual fue despojado a causa de dicho «diagnóstico» (realizado, presumiblemente, por psiquiatras contratados y pagados por sus adversarios)? La respuesta a estos interrogantes vuelve a ser, lamentablemente, obvia.[321]

VII

La conducta humana tiene un grado casi infinito de plasticidad. El hombre es potencialmente capaz de aprender centenares de idiomas y de desempeñar una gran variedad de roles. Una de las funciones de la cultura y de la tradición es limitar esta vasta libertad potencial. Poco después de nacer, el niño es expuesto a influencias que canalizan sus aptitudes; se lo desalienta de dedicarse a ciertos tipos de conducta y se lo alienta a dedicarse a otros. Como la arcilla, la conducta es modelada y adopta formas diversas. Esto es más patente en la cultura primitiva: un hombre se convierte en cazador y guerrero, una mujer, en esposa y madre. Dicho comportamiento resulta, desde luego, sumamente predeci-

ble. Procesos similares operan, de manera algo menos obvia, en las culturas más evolucionadas.
La necesidad de clasificar a las conductas y a las personas es una de sus manifestaciones importantes. Términos como «mozo», «zapatero», «taquígrafa» y «juez» no solo clasifican ocupaciones sino que también definen expectativas de rol, y, en la medida en que lo hacen, restringen la conducta y la tornan predecible.
Encontramos apoyo para esta tesis en varios ámbitos. Uno es nuestro lenguaje cotidiano. El verbo «encasillar» es sinónimo de «clasificar» y expresa la acción de aprisionar algo huidizo en un espacio reducido, donde se lo pueda ubicar con facilidad. Sostengo que una de las funciones esenciales de la clasificación de las personas es precisamente esa: «aprisionarlas».
La gente puede ser limitada en sus movimientos de dos maneras básicas: físicamente, recluyéndola en cárceles, hospitales neuropsiquiátricos, etc., y simbólicamente, recluyéndola en ocupaciones, roles sociales, etc. En verdad, el segundo tipo de reclusión es mucho más común y está más difundido en el accionar cotidiano de la sociedad; en general, solo cuando la reclusión simbólica o socialmente informal de la conducta fracasa o demuestra ser inapropiada se recurre a la reclusión física o socialmente formal.
Veamos cómo funciona este proceso de reclusión simbólica o informal. Un modelo excelente es el que ofrecen las Fuerzas Armadas. Hay en ellas un grupo de individuos —los llamaré «oficiales clasificadores»— cuya misión consiste en asignar a cada recluta una tarea específica: oficinista, cocinero, artillero o mecánico. Cada hombre es de este modo aprisionado en un rol. Si permanece en su casillero y demuestra, con su buen desempeño, que se adapta a él, se lo recompensa; si trata de salirse de él, ya sea con su mal desempeño o escapando lisa y llanamente, es castigado. Así es como todos nosotros, los oficiales clasificadores de la vida cotidiana, clasificamos y controlamos la conducta de las personas.
Algunos dirán que esto no es válido para la vida civil. El encasillamiento no es en ella tan burdo, cierto es; pero se lo lleva a cabo, de todas maneras. El rol de oficial clasificador, que en el ejército es confiado a unos pocos individuos, está difundido por toda la sociedad. La necesidad de asumir roles específicos —elegir una ocupación u otra, quedarse soltero o casarse— es impresa en el individuo por el peso conjunto de la «opinión social». Todos deben ser «alguien»; lo

único que no pueden es *quedar sin clasificar*. La persona demasiado ecléctica en sus gustos y en su conducta, que no se ajusta a los casilleros establecidos por la sociedad, se vuelve objeto de sospechas y de hostilidad. Al negarse a adaptarse a un estereotipo, esa persona preserva su individualidad, y por más que nos guste mucho el individualismo como idea moral abstracta, los individuos por lo general nos disgustan. Y esto se debe a que a menudo nos desconciertan: no podemos entender su comportamiento, y lo que es peor, no podemos predecirlo. Frecuentemente, un individuo tal es considerado una amenaza por los demás.

VIII

El rol que cumple en la sociedad el psiquiatra institucional es comparable al del oficial clasificador del ejército. En el hospital neuropsiquiátrico público, su tarea consiste en clasificar a la gente que allí es llevada. Ese psiquiatra enfrenta un problema práctico: necesita saber cómo se han de comportar en el hospital distintos «pacientes», y también cómo debe «tratárselos» para producir en su conducta determinados cambios. Lo que no puede tolerar —y tengámoslo bien presente— es la incertidumbre. El diagnóstico ostensible de los pacientes mentales es un pronóstico encubierto (y a veces, incluso explícito).

Como ya hemos visto, acostumbramos identificar y clasificar la conducta personal con el fin de predecirla mejor. En el curso ordinario de los acontecimientos, este encasillamiento está tan establecido y funciona tan bien que ni nos damos cuenta de él; solo nos tornamos conscientes de su existencia cuando se quiebra. Pero aun entonces, nuestra conciencia es fluctuante: tan pronto reconocemos el problema, nos apresuramos a desdibujarlo creando una nueva clase de conductas —la clase conocida como enfermedades mentales—. Veamos de qué modo procedemos.

Cuando la gente desempeña en forma apropiada sus roles sociales, o sea, cuando satisface como corresponde las expectativas sociales, su conducta se considera normal. Esto es obvio, pero merece ser destacado: un mozo debe servir la comida, una secretaria debe escribir a máquina, un padre debe traer dinero al hogar, una madre debe cocinar, coser y atender a sus hijos. Los sistemas clásicos de nosología psi-

quiátrica no tenían absolutamente nada que decir acerca de estas personas en la medida en que se quedaran claramente encerradas en sus respectivas celdas sociales; o, como solemos decir con respecto a los negros, en la medida en que «conservaran su lugar». Pero cuando se escapaban de su «cárcel» y afirmaban su derecho a la libertad, se convertían en sujetos interesantes para el psiquiatra.

En términos más humanos que psiquiátricos, esta es la forma en que el individuo, convertido ahora en presunto paciente mental, y el psiquiatra encargado de hacer su diagnóstico se enfrentan uno al otro.

El mozo se niega a servir a los parroquianos y sentándose en un rincón del café comienza a borronear trozos de papel, interminablemente. Cuando le preguntan qué está haciendo, frunce el ceño en actitud condescendiente y no responde, o bien les confiesa a sus amigos que está escribiendo un tratado filosófico que será la salvación del mundo. Viene la policía y lo interna en un hospital neuropsiquiátrico.

La madre presenta un cuadro algo distinto. Se deja caer abatida en un sillón y suelta el llanto. De vez en cuando patea el piso y exclama que no merece vivir. Su marido la lleva a un médico, quien la interna en un hospital neuropsiquiátrico. Pocos días después, le susurra al oído a uno de sus visitantes que es la Virgen María.

He citado estas viñetas de «casos psiquiátricos» para ilustrar que estas personas son llamadas «enfermos mentales» principalmente porque se conducen de una manera distinta de la que se supone que deben conducirse. Podemos considerar que han descartado un estereotipo social sólo para adoptar otro, como el prisionero que cava un túnel para escapar de la cárcel y desemboca en otra celda. En otros términos, el «paciente psiquiátrico» es una persona que no puede asumir un rol social legítimo o se niega a hacerlo. Esto no está permitido en nuestra cultura ni en ninguna otra. Una persona no clasificada es impredecible e incomprensible, y por ende constituye una amenaza para los restantes miembros de la sociedad. Es por ello que quienes eligen este camino hacia la libertad personal pagan un alto precio: aunque consiguen zafarse de su celda, su libertad no dura mucho. Son inmediatamente apresados, primero simbólicamente, al ser clasificados como enfermos mentales, y luego prácticamente, al ser llevados al psiquiatra para que procese su identidad psiquiátrica formal y proceda a su detención.

Frente a este tipo de personas, ¿qué puede hacer el psiquia-

tra? Como corresponde a un buen oficial clasificador, las clasifica. Denomina a algunos «esquizofrénicos», a otros, «maníaco-depresivos» o «histéricos», etc. La finalidad esencial de esta clasificación psiquiátrica es estratégica: primero, separar de los demás a quienes necesitan o merecen ser internados en el hospital neuropsiquiátrico; y segundo, separar de los demás a los que se muestran dispuestos a cooperar con las autoridades de la institución y están en condiciones de hacerlo. Claro está que esta clasificación solo beneficia a los psiquiatras; no beneficia a los pacientes, ni es esa su finalidad. El motivo de ello no reside tanto en alguna falla moral del psiquiatra como en la situación: no es posible ser un oficial clasificador y no clasificar. El psiquiatra que asume este rol es como el juez: debe juzgar a los demás, o abandonar su rol.

En su carácter de oficial clasificador, el psiquiatra cumple importantes funciones tanto para el hospital como para la sociedad a la que sirve. Sobre todo, legitima y define la institución como «hospital neuropsiquiátrico», en el cual solo son reclutados los enfermos mentales. Los psiquiatras suelen afirmar que no hay en dichos hospitales personas «normales». Por otra parte, la gente quiere tener la seguridad de que nadie es llevado «por equivocación» a un hospital de esa índole. Un juez de Chicago observaba: «Este es el único tribunal en que el reo siempre gana. Si se lo deja en libertad, significa que está bien; si, por el contrario, se lo interna, es por su bien».[322]

La diferencia en la actitud que adoptamos ante la comprobación de un delito y de una enfermedad mental es instructiva. En un juzgado, el jurado cumple el rol del oficial clasificador: decide quién ha de ser convicto y quién absuelto. Si el reo es declarado culpable, puede ser enviado a la prisión. Se entiende, pues, que los prisioneros son personas a las que se declaró culpables de un delito; y también se entiende que su «diagnóstico» es un juicio humano, no un hecho natural. Un juicio está sujeto a error. Admitiendo esto, la ley contempla detalladas medidas para detectar y corregir tales errores, en resguardo de las personas.

En contraste con ello, prevalece en la actualidad una fuerte tendencia a considerar la enfermedad mental como un hecho, no como un juicio humano; de modo que afirmar que en los hospitales neuropsiquiátricos no hay personas normales es distinto que afirmar que en las cárceles no hay inocentes. Lo primero se parece más a declarar que en los jardines zooló-

gicos no hay cuadros impresionistas franceses: por definición, en tales lugares se reúnen y clasifican animales, no cuadros. Lo que quiero decir es que *en la psiquiatría el acto clasificatorio funciona como definición de la realidad social*. En consecuencia, ningún individuo internado en un hospital neuropsiquiátrico puede ser «normal», pues su internación misma lo define como un «enfermo mental». Esto equivale a sostener que si vemos una tela de Renoir en una jaula del zoológico, *debe* ser un animal. Habiendo definido como animales a todos los objetos que aparecen en dichas jaulas, no podemos llegar a ninguna otra conclusión.

No es por cierto casual que todos los grandes nombres de la psiquiatría, con excepción de Freud y Adler, pertenecen a individuos que trabajaron en hospitales neuropsiquiátricos públicos o instituciones semejantes. Kolle observa con orgullo que «los orígenes de la psiquiatría moderna se remontan a la psiquiatría institucional. [. . .] Kraepelin, como todos los demás alienistas del siglo XIX, había hecho su aprendizaje en establecimientos para insanos».[323]

Los grandes nosólogos psiquiátricos volvieron a colocar al insano las cadenas que Pinel le había quitado. Las nuevas cadenas se ajustan por cierto a los criterios humanitaristas e higiénicos actuales: no están hechas de hierro, sino de palabras; su finalidad declarada no es aprisionar sino curar. Pero, como dijo Emerson hace más de un siglo, «Las palabras nos están matando. Somos colgados, destripados y descuartizados por los diccionarios. [. . .] Parecería que a la actual era de las palabras debería sucederle naturalmente una era de silencio, en que los hombres hablasen únicamente a través de los hechos y así recuperasen la salud».[324]

Aunque el «diagnóstico» de Emerson era sagaz, su «pronóstico» no podía haber estado más lejos de la verdad. Creía que la enfermedad semántica por él diagnosticada había alcanzado una crisis, y que el paciente estaba en vías de recuperación; pero, en realidad, sólo asistió a una afección leve, que no alcanzó proporciones epidémicas sino casi un siglo más tarde. En la época de Emerson, la verdadera perversión del lenguaje al servicio de la esclavitud del hombre no era algo que perteneciera al pasado ni al presente, sino al futuro.

IX

He sostenido que clasificar la conducta de otras personas es habitualmente un medio de restringirla. Esto es particularmente válido para la clasificación psiquiátrica, cuya finalidad tradicional ha sido legitimar los controles sociales impuestos a los llamados «pacientes mentales». Pero si un individuo desea restringir a otro, es preciso que cuente con poder para hacerlo. Si lo que he dicho acerca de la clasificación psiquiátrica es cierto, deberíamos encontrarnos con que les es impuesta más frecuentemente a los pobres y desvalidos que a los ricos y poderosos. Y con eso precisamente nos encontramos.

En nuestra sociedad, hay dos clases de grupos en los que las personas pueden ser incluidas contra su voluntad: el de los delincuentes y el de los enfermos mentales. Ellos difieren de los grupos en que el individuo puede solicitar o rechazar ser incluido como miembro. También es cierto que la proporción de delincuentes y enfermos mentales es mayor en las clases bajas y menor en las clases altas. El escéptico repite el refrán: quien roba cinco dólares es un ladrón, quien roba cinco millones es un financista. La razón es obvia: es más fácil impedir la libertad de movimientos de un ratero que de un financista influyente. Algo semejante ocurre con los hechos humanos que llamamos «enfermedades mentales». Por el mismo problema que una mujer rica es enviada a pasar una temporada en Reno, es probable que una mujer pobre sea enviada a pasar una temporada en el hospital neuropsiquiátrico. Si el carnicero, el panadero o el fabricante de velas dice que lo persiguen los comunistas, es prontamente despachado al hospital neuropsiquiátrico; si lo dice el secretario de Defensa, ¿quién podrá coartarlo? Estos ejemplos ilustran que hacer un diagnóstico psiquiátrico de una persona significa coartarla. Pero, ¿cómo puede el débil coartar al fuerte?

Muchas de estas ideas no son nuevas. Por ejemplo, Sartre ha expresado, tanto en sus escritos como en su vida, la concepción de que categorizar a una persona es coartarla. Observó que la diferencia esencial entre una cosa y una persona es que la cosa no reacciona según la actitud que tenemos hacia ella, mientras que la persona sí lo hace. «No es exacto sostener», escribió, «que el "ello" es [. . .] una cosa en relación con las hipótesis del psicoanalista, pues una cosa es indiferente a las conjeturas que hacemos sobre ella, mientras

que el "ello", por el contrario, es sensible a esas conjeturas cuando nos aproximamos a la verdad».[325]
Destacando el carácter «ceremonial» de los que llamamos roles sociales, Sartre observó que el rol constituye una limitación esencial de la libertad personal: «Se toman en verdad muchas precauciones para aprisionar a un hombre en lo que es, como si viviéramos en el perpetuo temor de que se escape de allí, de que se zafe y eluda repentinamente ese estado».[326]
Tal vez este temor no derive tanto de nuestra ansiedad frente a la posibilidad de que el ocupante del rol escape a su condición, como del temor de que no podamos luego clasificarlo. Se ha visto en la pérdida de identidad una amenaza para la persona que la pierde; pero también lo es para quienes la contemplan: se ven frente a un actor que representa un papel que no comprenden en una obra que no pueden identificar. En tales circunstancias, el público es acometido por el pánico: detiene al actor, declara ilegítimo su rol y lo encarcela en un hospital neuropsiquiátrico hasta que se muestre dispuesto a cumplir roles reconocibles.
En principio, cualquier rol asignado por otros, no solo el de paciente mental, puede ser experimentado como una coerción. ¡Incluso el de ganador del premio Nobel! Entiendo que este fue el motivo que llevó a Sartre a rechazar el premio. «Yo no me avengo a la descripción que los demás puedan hacer de mí», dijo al corresponsal de la revista *Life*. «La gente puede pensar que soy un genio, un escritor pornográfico, un comunista, un burgués, lo que quieran. Por mi parte, pienso otra cosa de mí».[327] De modo que, en opinión de Sartre, toda clasificación de una persona sin su consentimiento constituye una violación de su integridad personal, así como una operación quirúrgica practicada sin su consentimiento constituye una violación de su integridad física.
Ser apresado en una categoría, ser diagnosticado como perteneciente a tal o cual tipo de persona, es visto en este caso como una privación fundamental de la libertad personal. Y eso es, desde luego. Pero para la mayoría de la gente la libertad es algo demasiado difícil de sobrellevar, y huyen de ella refugiándose en la seguridad de una *identidad fija.*
Sin embargo, Sartre posee una identidad: la del pensador osado para el cual nada es impensable. El mismo lo dice, en términos que en nada difieren de los de Freud: «Yo no soy, como se ha dicho, un pesimista; soy una persona que ha tratado de volver a la gente más lúcida frente a sí misma, y es por esto que no gustan de mí. Provoco miedo. Me atrevería

a decir que la mayoría de las personas siempre han tenido miedo de pensar. Stendhal escribió en su época: "todo buen razonamiento es un agravio"... y eso sigue siendo en gran medida cierto».[328]

Aquí se entiende por «buen razonamiento» la negativa a aceptar las categorías convencionales. Sartre quiere, como quiso Freud antes que él (y es lo que corresponde), situarse en una categoría que es una metacategoría: interpreta, examina, mezcla las categorías, sin pertenecer él mismo a ninguna. En otros términos: el hombre es una persona solo en su condición de sujeto categorizador; en su condición de objeto categorizado, se convierte en una cosa.

El rechazo del premio Nobel por parte de Sartre suscitó un comentario curiosamente acerbo en la revista *Science*,[329] donde se lo tildó de «existencialista ateo» y se compararon sus concepciones con las de Bergson: «En tanto que Bergson es manifiestamente anticientífico, Sartre aparenta aceptar los efectos de la ciencia, pero la ignora». Luego de una serie de comentarios críticos, tan vagos como este, acerca de Sartre como persona y como pensador, el artículo concluye con esta significativa oración: «El hecho de que nadie se haya visto constreñido a rechazar el premio Nobel en física, química o medicina tal vez nos esté diciendo algo sobre las trascendentales cualidades de la ciencia».[330]

No deja de ser notable este comentario acerca de las diferencias entre la ciencia natural y la ciencia moral, entre el estudio de las cosas y el de los hombres. Aunque yo vacilaría en llamar «trascendental» a la ciencia, es cierto que la ciencia natural procura adquirir dominio sobre el universo mediante la descripción exacta y una estrategia científica apropiada. La ciencia del hombre no puede proponerse ese objetivo y seguir siendo una empresa moralmente digna: en vez de tratar de controlar su objeto de estudio, debe tratar de liberarlo. Y para ello se requieren métodos distintos de los de las ciencias físico-naturales.

En verdad, hay un aspecto decisivo en el cual el problema básico de la ciencia natural es opuesto al de la ciencia moral: aunque ambas buscan comprender a sus objetos de estudio, en la ciencia natural la finalidad de ello es controlarlo mejor, mientras que en la ciencia moral es estar en mejores condiciones de dejarlo librado a sí mismo.

Observamos antes que por difícil que sea clasificar las cosas, mucho más difícil es no clasificarlas: suspender el juicio y postergar el acto clasificatorio. Ahora podemos completar

esta afirmación diciendo que por difícil que sea controlar a los hombres, mucho más difícil es no controlarlos: reconocer su autonomía y respetar su libertad.

X

He desarrollado la idea de que clasificar a una persona psiquiátricamente es desvalorizarla, privarla de su humanidad y trasformarla en una cosa.
A primera vista, esta opinión puede parecer nihilista. Se objetará que, después de todo, la conducta humana presenta variaciones. ¿No es irracional y anticientífico negarse a clasificarla?
Permítaseme repetir: no cuestiono la «existencia» o «realidad» de las diferencias en la conducta humana. Sostener que John está deprimido y James está paranoide puede ser tan «verdadero» como sostener que John está gordo y James está flaco. No es este nuestro problema.
El problema que ha infestado la psiquiatría y la sociedad y que yo he abordado aquí no es la existencia o realidad de diversas modalidades de conducta personal, sino *el contexto, la naturaleza y la finalidad del acto clasificatorio*. En otras palabras: una cosa es aceptar que los negros tienen la piel negra y los blancos, blanca, y otra llamar al negro «*nigger*» y acordarle el status inferior que corresponde a este rótulo.*
Sostengo que la realidad de las variantes de conducta es similar a la realidad de las variantes de pigmentación de la piel, y que, en general, los diagnósticos psiquiátricos cumplen la misma función lingüística y social que la palabra *nigger*. Rehusarse a llamar así a los negros no implica rehusarse a reconocer las diferencias raciales entre negros y blancos. Análogamente, rehusarse a degradar a la gente mediante los diagnósticos psiquiátricos no implica rehusarse a reconocer las diferencias morales, psicológicas y sociales entre las personas: sólo torna más difícil para los hombres considerados mentalmente sanos degradar y rebajar a los considerados mentalmente enfermos.

13. ¿Adónde va la psiquiatría?*

I

Antes de ponernos a especular sobre el futuro de la psiquiatría me parece oportuno pasar revista a algunos aspectos de su pasado reciente y de su estado actual. Me limitaré a la psiquiatría norteamericana y a su evolución desde 1908.
He elegido 1908 como punto de partida porque fue ese el año de la creación de la Sociedad de Higiene Mental de Connecticut, grupo que dio origen, un año después, al Comité Nacional de Higiene Mental. Por una de esas coincidencias que a veces se dan en la historia, 1909 fue también el año de la visita de Freud a la Universidad Clark, en Worcester, Massachusetts.
Estos dos hechos, que tuvieron lugar casi al mismo tiempo y a unos pocos centenares de kilómetros de distancia sobre la costa Este de Estados Unidos, simbolizan, al menos para mí, las dos fuerzas principales que desde entonces modelaron la psiquiatría norteamericana: el movimiento de higiene mental y el psicoanálisis. Analicémoslos por separado.

II

Fundado y promovido en sus comienzos por Clifford Whittingham Beers, el movimiento de higiene mental fue un típico movimiento de reforma social. Como sucede con muchos movimientos de ese tipo, su *leitmotiv* psicológico era el desprecio por el hombre —en este caso, por los llamados enfermos mentales—. Su premisa básica era que el demente merece que se lo ayude, y en realidad debe ser ayudado —le guste o no le guste—; pero respeto no merece. A algunos les parecerá que esta opinión es excesivamente dura o injusta; no creo que sea ni una ni otra cosa. Unos pocos ejemplos bastarán.

«Un hombre insano es un hombre insano», escribió Beers, «y mientras lo sea debe internárselo en una institución para su tratamiento».[331] Se estableció como uno de los primeros y principales objetivos del movimiento «trabajar en pro de la conservación de la salud mental».[332] ¿Y cómo habría de lograrse esta alta meta? La primera tarea oficial del Comité «consistió en adoptar una resolución urgiendo al Congreso a que se tomaran los recaudos para un examen mental apropiado de los inmigrantes».[333] Quisiera recordar al lector que esto acontecía en 1912, cuando la inscripción grabada en la estatua de la Libertad aún no había sido convertida en reliquia histórica por las leyes contra los inmigrantes sancionadas luego de la Primera Guerra Mundial. No se percibe con claridad de qué manera habría de mejorarse la salud mental de los futuros inmigrantes impidiéndoles entrar al país con argumentos psiquiátricos.

Desde el punto de vista histórico, el movimiento de higiene mental es heredero directo de un movimiento intelectual y social más vasto cuya «paternidad» se atribuye a Saint-Simon y al que Hayek denominó correctamente «la contrarrevolución de la ciencia».[334] Brevemente expuestas, las características de este movimiento, y en especial del tipo de ciencia social que en él se basa, son las siguientes: primero, el individuo es considerado un objeto más que un sujeto; segundo, no se asigna al individuo ninguna importancia, mientras que se asigna importancia suprema al grupo —ya se trate de la comunidad, la nación, la sociedad o la humanidad en su conjunto—; y tercero, a semejanza de las ciencias físico-naturales, la finalidad de la ciencia social (y de la psiquiatría) es la predicción y control de la conducta humana. Es inherente a este enfoque el desprecio por el ser humano como individuo autónomo: nos encontramos así con que una élite «científica» aspira a controlar a las masas, considerándolas inferiores a ella.

El movimiento de higiene mental es un eslabón de esta cadena ideológica. Su fundador, Beers, despreciaba al hombre —sobre todo si era enfermo mental o pobre— y se oponía implacablemente a la idea de que la conducta mentalmente perturbada pudiera tener sentido y ser comprendida. Para él, dicha conducta era tan carente de sentido como el cáncer o la neumonía. Así, sencillamente. No es de sorprender que esta concepción encontrara favorable acogida entre las principales figuras médicas de la época. En realidad, esa fue la intención de Beers: su movimiento había sido creado

para los pacientes mentales, no *por* ellos: sus líderes y organizadores eran psiquiatras y directores de establecimientos médicos. Su finalidad era controlar a los pacientes mentales, no comprenderlos.

Este punto de vista ha seguido ganando adeptos. De hecho, en la psiquiatría norteamericana es hoy más poderoso que nunca. Citaré solo algunos mojones de su evolución.

En 1924 se fundó la Asociación Ortopsiquiátrica Norteamericana, merced a una iniciativa de Karl Menninger, quien se dirigió por carta a 26 psiquiatras urgiéndolos a participar en la creación de un organismo integrado por «representantes de la concepción neuropsiquiátrica o médica del delito».[335]

Así pues, tampoco la conducta delictiva sería tratada ya como esencialmente humana y comprensible, sino como una conducta «enferma» de la que hay que buscar las causas más que las razones. El propio nombre de «ortopsiquiatría» es sugestivo, pues denota la arrogante creencia de que un grupo de psiquiatras está habilitado para «enderezar» la conducta «torcida» de algunos de sus semejantes.

La concepción médica de la «enfermedad mental», así como de todos los demás tipos de conducta, se convirtió de este modo en la piedra de toque del movimiento de higiene mental. En un auténtico estilo saint-simoniano, esta postura fue definida como algo que estaba más allá de la ética, por encima de los «principios morales». En su influyente libro *The human mind*, publicado en 1930, Karl Menninger expresó esta opinión como sigue: «... se continúa hablando de las parodias a la *justicia* resultantes de la introducción de los métodos psiquiátricos en los tribunales. Ahora bien: ¿qué ciencia o qué científico se interesa por la *justicia*? ¿Es justa la neumonía? ¿O el cáncer? [...] El científico busca mejorar una situación infortunada. Esto sólo puede lograrse descubriendo y respetando las leyes científicas que rigen en esa situación, no hablando de "justicia", no debatiendo conceptos filosóficos de equidad basados en la teología primitiva».[336]

Viendo las cosas en retrospectiva, parece claro que fueron pocos los que tomaron en serio las implicaciones morales de esta posición. Aún hoy, las similitudes entre la moral «terapéutica» de la higiene mental y la política totalitaria son curiosamente pasadas por alto.

Al estallar la Segunda Guerra Mundial, la imagen del psiquiatra como tecnólogo social utopista ya estaba bien establecida y contaba con fuerte apoyo. (Las discrepancias eran escasas y apenas audibles.) Lasswell, en un artículo de

1938, muestra cómo se exhortaba al científico social a que trocara la comprensión por el control, la verdad por el poder:

«. . . la forma más amplia y efectiva de reducir la enfermedad consiste en que el psiquiatra cultive un contacto más estrecho con los gobernantes de la sociedad, en la esperanza de encontrar el modo de inducirlos a superar las limitaciones simbólicas que les impiden utilizar su influencia para una pronta reestructuración de las rutinas generadoras de inseguridad.
»Así pues, el psiquiatra puede decidirse a ser consejero del "rey". Ahora bien: la historia del "rey" y sus filósofos muestra que aquel tiende a apartarse del camino de la sabiduría, tal como la entienden sus filósofos. ¿Debe, entonces, el psiquiatra destronar al rey y concretar en el reino de los hechos el "rey-filósofo" creado por la imaginación de Platón? Gracias a su psiquiatría, por supuesto, el moderno filósofo que es candidato a rey sabe que, en el camino hacia el trono, puede perder su filosofía, y llegar allí vacío de todo lo que lo distinguiría del rey a quien ha destronado. Pero si se siente bastante seguro de sí mismo y de su materia, podrá aventurarse allí donde otros se aventuraron y extraviaron antes».[337]

El evangelio que estaban predicando hombres como Menninger, Lasswell y otros era arrogante y codicioso: sostenían que la célebre sentencia de Lord Acton debía ser enmendada, para que rezase así: «El poder corrompe, y el poder absoluto corrompe en grado absoluto . . . salvo a los psiquiatras».
Durante la Segunda Guerra Mundial se solicitó a la psiquiatría que contribuyera al esfuerzo bélico. Tal vez sea comprensible que en dicha ocasión situara el bienestar del grupo por encima del bienestar individual.
En la psiquiatría norteamericana de los últimos tiempos han surgido dos importantes corrientes: la psicofarmacología y la psiquiatría comunitaria. Cada una de ellas tiene sus propios postulados morales y filosóficos acerca de la naturaleza del hombre y de las relaciones humanas.

III

En el interés psiquiátrico por la psicofarmacología está implícito el deseo de controlar la conducta humana; en este

caso, mediante agentes químicos que «levantan el ánimo» y «tranquilizan». Pero, ¿cómo se utilizan realmente esas drogas? ¿Cuáles son las implicaciones, no de sus efectos farmacológicos, sino de su uso social?

En primer lugar, como otras sustancias consideradas médicamente peligrosas, la mayoría de los nuevos psicofármacos solo pueden ser obtenidos cuando los receta un médico. El uso de tranquilizantes viene así en apoyo de las credenciales médicas de los psiquiatras, y lo hace precisamente en el momento en que esas credenciales, debido a una fuerte identificación previa de la psiquiatría norteamericana con la psicoterapia individual, estaban muy desgastadas. Sean cuales fueren los efectos de los modernos psicofármacos sobre los llamados «enfermos mentales», sus efectos sobre los psiquiatras que los recetan son claros, e incuestionablemente «benéficos»: les han devuelto lo que estaban en grave riesgo de perder: su *identidad médica.*

«¿De qué otra manera podría regularse el uso de estas drogas?», alguien podría replicar. Reconozco que nuestra práctica médica tradicional en lo que atañe a las drogas constituye un importante precedente para los nuevos psicofármacos; pero el argumento en pro de un control médico estricto de las drogas no es tan sencillo como parece a primera vista. En una sociedad moderna, los individuos pueden regular y controlar su conducta por lo menos de dos maneras básicas: primero, aprendiendo ciertas habilidades (p. ej., conducir un automóvil) o comprando ciertas sustancias (p. ej., alcohol); segundo, colocándose bajo el control de una persona (p. ej., un médico) o de una institución (p. ej., la Iglesia Católica). En el primer caso, el individuo hace uso de un medio de ayuda impersonal (drogas), en el segundo, de un medio personal (terapeuta). Salvo raras excepciones, el Estado moderno deja al individuo en libertad de actuar como le plazca en la primera de esas esferas, pero en la segunda regula su conducta (p. ej., otorgando diplomas a los profesionales dedicados a curar a los demás). No resulta obvio ni mucho menos el motivo por el cual todas las drogas que afectan la «mente» deben ser consideradas por la ley como si se tratase de narcóticos «peligrosos».

Que tales drogas son potencialmente dañinas para el usuario no puede ser la única razón: también lo son los automóviles, los cigarrillos, los rifles y un montón de drogas y agentes químicos a los cuales el público tiene libre acceso. La razón no puede residir tampoco en que los efectos de los psi-

cofármacos son específicamente «médicos», y por tal motivo es preciso que se los tome bajo supervisión médica. Esto es aplicable, sin duda, a *algunas* de esas drogas; pero existen muchas otras sustancias que distan de ser inofensivas y sin embargo pueden ser administradas sin supervisión médica (p. ej., las vitaminas A y D, los rociadores caseros de DDT las pastillas de penicilina, etc.) y son tan fáciles de obtener como el alcohol (a lo sumo, una leyenda en la etiqueta aconseja al usuario que lo utilice «según prescripción médica»). ¿Es tan disparatado, entonces, que la responsabilidad por el uso de las drogas, incluso de aquellas que influyen en la conducta, quede en manos del usuario y no en manos del Estado o de la profesión médica? Aquí podrían aplicarse muy bien las enseñanzas que nos dejó la Ley Seca.

Por lo demás, dada la índole de la práctica psiquiátrica, el control de las drogas inevitablemente afecta a las personas de manera doble y paradójica. Por un lado, muchas personas que podrían beneficiarse si se medicaran a sí mismas —evitando así tanto el costo económico como el estigma social de adoptar el rol de paciente psiquiátrico— no pueden hacerlo porque no pueden conseguir las drogas. Por otro lado, muchas personas que no quieren ser medicadas —p. ej., pacientes internados en hospitales neuropsiquiátricos y otros individuos sometidos a tratamiento contra su voluntad— no pueden evitar que se las someta tranquilizándolas. Esta paradoja es el resultado lógico de que una vez que determinado procedimiento es aceptado socialmente como «tratamiento psiquiátrico», es posible imponerlo a los pacientes contra su voluntad. En consecuencia, sean cuales fueren los presuntos méritos médico-psiquiátricos de estas drogas para el tratamiento de la enfermedad mental, cuando son suministradas a un individuo contra su voluntad es porque los que están a cargo de él quieren modificar su conducta. Que esta modificación sea o no considerada luego beneficiosa por el sujeto es otra cuestión. Pese a su apariencia médica, el dilema moral que aquí enfrentamos es el mismo que plantea la conversión religiosa forzada.

Antes de dejar el problema del control estatal sobre el uso de agentes psicoformacológicos, haremos dos preguntas: ¿Qué tipos de derechos y obligaciones, de libertades y responsabilidades, deben tener los ciudadanos adultos en cuanto al uso de las drogas? ¿Y cómo afectará a los individuos y a la sociedad el privar a las personas del libre acceso a ciertas drogas, y por ende de la responsabilidad por su uso adecuado?

IV

La psiquiatría comunitaria —última moda del ideólogo psiquiátrico— complementa y refuerza un enfoque cuasi-médico de los problemas humanos, orientado a la administración de drogas.[338] Bajo este colorido rótulo protector, el profesional de la salud mental se trasforma en moralista descarado. Como tal, sus valores son claros: "colectivismo" y tranquilidad social. Aquí, como ocurría con los primeros saint-simonianos y sus discípulos, desde Comte y Marx hasta Pavlov y Skinner, al individuo sólo se le permite existir si se adapta bien y es socialmente útil; en caso contrario, debe «sometérselo a terapia» hasta que recupere su «salud mental» —vale decir, hasta que se someta sin queja alguna a la voluntad de las élites encargadas de la Tecnología Humana—. El objetivo de la psiquiatría comunitaria es convertir a nuestra tan deficiente sociedad, asediada por manifestaciones de «enfermedad mental» como la pobreza, la delincuencia juvenil, la lucha política y el asesinato de un presidente y luego de su presunto asesino, en un *Walden Three* (parafraseando a Skinner), en una Sociedad Psiquiátricamente Sana.
Pero además de criticar esta utopía cientificista, quiero llamar la atención acerca de la ética autoritaria y colectivista de la psiquiatría comunitaria, y acerca de los roles de control social coactivo de los psiquiatras que la apoyan.
Por más que los propagandistas de la psiquiatría comunitaria se esfuerzan por hacer aparecer a su programa como algo novedoso y radicalmente distinto de la higiene mental tradicional, ambas cosas no son sino variaciones de un mismo tema. No es casual que las mismas personas y organizaciones que apoyaron en el pasado el movimiento de higiene mental y sus triunfos terapéuticos —el coma insulínico y el electrochoque en la década de 1940, los tranquilizantes en la de 1950—, abogan ahora por los centros comunitarios de salud mental como el último «avance en la investigación psiquiátrica».
La finalidad básica de la psiquiatría comunitaria es la rehabilitación social del enfermo mental, o sea, la conversión de un inepto social en un ciudadano útil. Sus métodos básicos son los de la psiquiatría tradicional: el control social mediante procedimientos ostensiblemente médicos.
Afirmo que en todo esto no hay nada de nuevo. El psiquiatra comunitario simplemente continúa el camino iniciado por el higienista mental. En 1938, cuando el movimiento de

higiene mental se preparaba a celebrar su 29º aniversario, Kingsley Davis observaba sabiamente: «La higiene mental posee una característica esencial a todo movimiento social: el hecho de que sus propugnadores vean en él una panacea. Como la salud mental está evidentemente vinculada al medio social, promover dicha salud significa no solo tratar la mente de individuos particulares sino también las costumbres e instituciones en que esas mentes funcionan. Curar tanto es curarlo todo».[339]

Han pasado casi treinta años desde que Davis se viera llevado a apuntar: «La higiene mental resulta ser, no tanto una ciencia para la prevención del trastorno mental, como una ciencia para la prevención de la delincuencia moral. [...] Una vez definida la salud mental en términos de la conformidad respecto de una ética básica, la higiene mental es un logro para el cual hay que librar batalla en muchos frentes. Asimismo, dado que se mantiene la ficción científica, el carácter ético del movimiento no puede ser nunca consciente y deliberadamente establecido, y por ende sus metas conservan su naturaleza nebulosa y oscurantista».[340]

La función y finalidad reales del higienista mental derivan, según Davis, de su actividad concreta: puesto que «sanciona por vía secular y bajo el disfraz de la ciencia las normas de la sociedad entera [...] los difusos objetivos de la higiene mental están íntimamente relacionados con la función real del higienista. Puede lanzarse a hacer evaluaciones, incursionar en campos que la ciencia social no tocaría, porque posee un sistema ético implícito que, siendo el mismo de nuestra sociedad, le permite enunciar juicios de valor, obtener apoyo público y gozar de un inalterable optimismo. Disfrazando su sistema valorativo (por medio de la posición psicologista) como consejo racional fundado en la ciencia, puede alabar y condenar convenientemente protegiéndose con el escudo médico-autoritario».[341]

En la medida en que la enfermedad mental se manifiesta como un problema social, es (entre otras cosas) expresión de la libertad humana: en este caso, la libertad de «comportarse mal», de quebrantar las reglas personales y sociales de conducta. El deseo de corregir ese comportamiento y reemplazar así el desorden por el orden social no es nuevo. Comte, como nos recuerda Hayek, aseguraba que «...la finalidad de establecer una filosofía social es reestablecer el orden en la sociedad».[342] En la época de Comte el déspota de la conducta usaba la máscara del «físico social»; hoy, usa

la máscara del médico sanitarista que trabaja en pro de la «salud mental» de la comunidad, la nación, el mundo entero. Lo esencial del enfoque de la salud mental comunitaria es su énfasis en el valor supremo de la colectividad, al cual debía subordinarse el individuo si quería llegar a ser y seguir siendo «mentalmente sano». Esta era, desde luego, la tesis fundamental de los fourieristas y saint-simonianos. Para Fourier, la pareja humana constituía el verdadero individuo social. Para Comte, el concepto mismo de derechos individuales era «inmoral»; su propósito era crear un nuevo orden social en que tales derechos desaparecieran, siendo sustituidos por las obligaciones sociales.[343] De modo que los primeros socialistas utópicos franceses, los psiquiatras soviéticos y los psiquiatras comunitarios norteamericanos van en pos de la misma meta: «curar» al individuo desordenadamente libre «enseñándole» a convertirse en un miembro útil de la sociedad, bien integrado a esta.

Pero, ¿quién ha de decidir cuál es la conducta socialmente útil? ¿Es socialmente útil plantar tabaco, dedicarse a hacer publicidad de cigarrillos, otorgar subsidios oficiales a los productores de tabaco?

¿Y quién ha de decidir cuál es la conducta bien integrada? ¿Casarse a los 18 años, tener más hijos de los que uno puede criar como corresponde? ¿Y quién contribuye más a la sociedad: el fabricante de whisky o el que aplica la Ley Seca? ¿El que participa en una manifestación en favor del desarme o el científico nuclear?

¿Y qué decir de las presiones que muchas sociedades ejercen sobre algunos de sus miembros (en el caso de Estados Unidos, los negros y los ancianos), no para que se integren a la sociedad sino todo lo contrario: para ser segregados de ella?

Mi tesis es simplemente que cualquier tipo de plan para alcanzar una «sociedad sana» nos enfrenta con problemas morales fundamentales relativos a la calidad de la vida humana. Tratar de resolver dichos problemas recurriendo a la ideología de la salud mental es a la vez ingenuo y peligroso.

V

He descrito la psiquiatría norteamericana del último medio siglo como un tapiz tejido con dos clases de hilos: uno es el enfoque médico-neurológico de la enfermedad mental, que,

combinado con los procedimientos de custodia, ha dado como resultado nuestra psiquiatría comunitaria actual; el otro es el psicoanálisis, que, junto con la obra de muchos psicoterapeutas y estudiosos modernos del hombre, ha dado como resultado nuestra búsqueda de una ciencia del hombre moral, o de una ciencia moral. Ya hemos pasado revista a la historia del primero; examinemos ahora el segundo.

La obra de Freud tuvo pronto reconocimiento en Estados Unidos. En 1909 dio su famosa serie de conferencias en Worcester, y en 1911 se fundó la Sociedad Psicoanalítica de Nueva York, la primera luego de la Sociedad Vienesa y antecesora en muchos años de las sociedades analíticas creadas en Berlín, Budapest, Zurich, Londres y otros lugares.[344]

La influencia inicial del psicoanálisis en la psiquiatría norteamericana no solo fue intensa sino también muy clara: era individualista y liberal (en el sentido clásico, libertario, de la palabra, no en su sentido moderno, intervencionista). Apartó a la psiquiatría de su concepción del enfermo mental como un paciente, tendiendo a concebirlo como un prójimo; no como un caso médico sino como un hombre con dilemas morales y que por ende podía ser un desviado o rebelde desde el punto de vista psicosocial; y, lo que es quizá más importante, la alejó del intento de controlar y reprimir la conducta de una persona en beneficio de la sociedad, aproximándola a la comprensión y liberación del individuo para que estuviera en condiciones de hacer elecciones responsables en su propio beneficio.[345]

Por desgracia, a esta orientación individualista y humanista se le añadió la superestructura determinista y mecanicista de la teoría freudiana clásica, y (sobre todo en Estados Unidos) una adhesión cada vez más rígida del psicoanálisis organizado a las pautas médicas, que tuvo como consecuencia no solo el repudio de los analistas no médicos y de sus plenos derechos a practicar el psicoanálisis, sino además un constante desdén por los *significados* morales, filosóficos y psicosociales de la conducta personal, en favor de sus *causas* instintivas y genéticas.

A fines de la década de 1920 el psicoanálisis norteamericano ya había logrado excluir a quienes no poseían el título de médico de la posibilidad de recibir formación psicoanalítica. En la década siguiente hizo grandes esfuerzos para reintegrarse a la medicina y a la psiquiatría, meta casi coronada por el éxito durante la Segunda Guerra Mundial. Desde entonces ha tenido lugar una lenta pero progresiva desilusión

mutua, llevando este matrimonio por conveniencia al borde del divorcio. Aparentemente, cada vez son más numerosos los analistas que comienzan a advertir que sacrificar la integridad psicoanalítica en aras del prestigio médico puede haber sido un error político y un desastre científico. Hace poco, algunos miembros de la Asociación Psicoanalítica Norteamericana dieron ciertos pasos vacilantes con el fin de reincorporar a unos pocos analistas legos cuidadosamente seleccionados.[346] Sin embargo, en lo que atañe al psicoanálisis norteamericano esta medida puede muy bien ser «demasiado leve y tardía».

En síntesis: debido a los alcances y a la naturaleza de la psiquiatría norteamericana contemporánea, y a las fuerzas sociales que actúan sobre ella, puede en el futuro tomar una de las dos direcciones generales siguientes: una, que en apariencia la llevaría hacia adelante, hacia la Ciencia, en realidad la llevará hacia atrás, hacia el cientificismo social de los saint-simonianos; la otra, que en apariencia la llevaría hacia atrás, hacia la Filosofía Moral, en realidad la llevará hacia adelante, hacia una ciencia del hombre como ser moral. Examinemos cada una de estas posibilidades.

VI

La tentativa de explicar y controlar «científicamente» la conducta humana es sorprendentemente reciente: tiene sus orígenes en los filósofos franceses del siglo XVIII, en especial en Condorcet, Saint-Simon y Comte. Ya en 1783 Condorcet estableció, en términos llamativamente modernos, el credo del científico social positivista: «igual que un ser extraño a nuestras razas, estudiaría la sociedad humana como nosotros estudiamos las de los castores y las abejas». Y su consejo al estudioso del hombre era «introducir en las ciencias morales la filosofía y el método de las ciencias naturales».[347]

Cuando el peligro de la Revolución Francesa ya se había disipado y Napoleón se ofrecía como modelo de gobernante ilustrado y «racional», Saint-Simon no vaciló en anunciar, en los primeros años del siglo XIX la finalidad política de la Ciencia Social: la creación de una élite científico-intelectual que rigiera los destinos de Francia y, en verdad, de toda la humanidad. Al principio, en 1803, propuso un «Consejo Newtoniano» compuesto de veintiún estudiosos y artistas que

serían, colectivamente, «los representantes de Dios sobre la Tierra».[348] Pero esto no era suficientemente «científico»; insistió entonces en que «los fisiólogos ahuyenten a los filósofos, moralistas y metafísicos que hay entre ellos, así como los astrónomos ahuyentaron a los astrólogos y los químicos a los alquimistas».[349]

Sensatas palabras... Ellas revelan los orígenes y el marco social de los ideales científicos y aspiraciones morales del neurofisiólogo moderno, que trata de comprender la ira estudiando el lóbulo temporal, y del investigador psiquiátrico, que trata de curar la esquizofrenia estudiando las neurohormonas. No obstante, hoy ya no nos podemos dar el lujo de alabar o condenar meramente a quienes proponen estudiar al ser humano como si fuera un animal.

El ser humano *es* un animal: sobre ello no cabe ninguna duda. En consecuencia, su cuerpo, y en particular su cerebro, determina una buena proporción de su conducta. De modo que los aportes a nuestra comprensión de las *causas* orgánicas de la conducta humana seguirán siendo valiosos avances para nuestro conocimiento científico de la naturaleza —o sea, del hombre en cuanto animal—. Y lo serán hasta que poseamos una comprensión tan cabal de la maquinaria orgánica humana como la que tenemos, por ejemplo, de la estructura química del cloruro de sodio o de las propiedades físicas de una válvula electrónica. En ningún lado se vislumbra que esa fecha esté próxima. Parece probable que una buena porción de los trabajos que hoy consideramos psiquiátricos sigan este curso y contribuyan a aumentar nuestra comprensión y dominio del cuerpo humano. Que tales trabajos deban o no llamarse psiquiátricos es una convención semántica.

Aquí, sin embargo, no nos interesa únicamente la comprensión científica, sino también su uso práctico. Aunque la física y la química son ciencias, sus usos solo plantean problemas morales allí donde la aplicación del conocimiento respectivo afecta a los seres humanos; lo mismo es válido, por supuesto, para la biología y las ciencias sociales; pero en estas disciplinas —en especial cuando el objeto de estudio es el hombre— la distinción entre saber abstracto (ciencia teórica) y aplicación práctica (tecnología) no existe. La cuestión es, entonces: ¿de qué manera afectará a los seres humanos una psiquiatría mejor informada en el plano biológico?

No conozco la respuesta, pero sí sé que no tenemos garantía alguna de que aquellos que poseen esos conocimientos o va-

loran profundamente su importancia los utilizarán para mejorar la calidad moral de la vida humana. Sigue existiendo una dicotomía lógica fundamental entre el hombre como persona y como cosa, y el correspondiente dilema moral de emplear la ciencia en favor o en contra de los intereses del individuo, tal como este mismo los define. Ya hemos asistido a los usos y abusos de la Razón y la Ciencia, y es probable que volvamos a verlos. ¿Cómo habrá de actuar, en términos de valores morales, una psiquiatría preocupada por la base fisicoquímica de la conducta? Creo que tenemos motivos para la inquietud.

He aquí un ejemplo del tipo de peligros que pueden asediarnos, tal vez en escala creciente. En las primeras décadas de este siglo se aprendió mucho acerca de la epilepsia. Como resultado de ello, los médicos adquirieron un mejor control del proceso epiléptico (que a veces origina ataques). Sin embargo, el deseo de controlar la enfermedad parece ir de la mano con el deseo de controlar al enfermo. Así pues, a los epilépticos se los benefició y se los perjudicó al mismo tiempo: se los benefició en la medida en que su mal pudo ser mejor diagnosticado y tratado; se los perjudicó en la medida en que, como personas, fueron estigmatizados y socialmente segregados.

El hecho de agrupar a los epilépticos en «colonias», ¿apuntó a servir sus mejores intereses? ¿Y el hecho de que se los excluyera de ciertos trabajos, de la conducción de automóviles y de ingresar como inmigrantes a Estados Unidos (nótese la similitud con una de las primeras finalidades del Comité Nacional de Higiene Mental)? Ha llevado décadas de un trabajo en gran parte todavía inconcluso reparar algunos de los efectos sociales opresivos del «progreso médico» relativo a la epilepsia, y devolver al epiléptico el status social de que gozaba antes de que su mal fuera tan bien comprendido. Paradójicamente, lo que es bueno para la epilepsia puede no serlo para el epiléptico.

El destino que le espera al epiléptico no es algo aislado; ilustra el prejuicio moral de la concepción médica del hombre: las personas son plenamente aceptables solo si están sanas; si están enfermas, deben esforzarse por recuperar la salud, o serán castigadas.

Estas consideraciones señalan un peligro especial para el futuro de la psiquiatría, como la disciplina médica más íntimamente vinculada a la regulación de la conducta humana: bajo el disfraz de la ética de la salud y de la protección de la

profesión médica, la psiquiatría puede llegar a ser una poderosa fuerza social utilizada para regular el comportamiento humano. La influencia de la ética de la salud mental sobre los niños ya es considerable, y probablemente aumente con la creciente penetración de la psiquiatría en las escuelas públicas. Su influencia sobre los adultos no es menor y también está en aumento, dado que las autoridades judiciales, los gerentes de empresas y los directivos universitarios delegan cada vez más las tareas de control social inherentes a sus cargos en psiquiatras que están a su servicio.

También en este caso puede resultarnos instructiva la historia de los comienzos de la ciencia social. Durante la época revolucionaria y posrevolucionaria en Francia, los exponentes de la Razón y la Ciencia celebraron primero la libertad individual y la dignidad humana, y luego sus opuestos: la organización «científica» de la vida comunal y la utilidad social. La transición de uno a otro enfoque llevó menos de una generación.

El peligro a que aludo no es nuevo; ha sido reconocido desde hace mucho tiempo por economistas, historiadores y politicólogos. En verdad, gran parte de mis afirmaciones no son más que una extensión de las suyas al campo de la psiquiatría y de las disciplinas vinculadas a la salud mental. En particular, hombres como Friedrich Hayek, Ludwig von Mises y Karl Popper han advertido acerca de los peligros del historicismo y del cientificismo en los asuntos humanos.[350] En los últimos tiempos, Floyd Matson bosquejó sus tesis y estableció su importancia para la psicología y la psiquiatría. Refiriéndose a Saint-Simon y Comte, observó: «El intento global de aplicar el método científico a la racionalización de la conducta humana —lo que podría llamarse el primer programa sistemático de tecnología de la conducta— resultó ser, no una ciencia desapasionada y positiva de la conducta, sino una campaña totalmente apasionada y negativa para hacer que los hombres se conduzcan de determinada manera».[351] Y llegó a esta conclusión: «En manos de sus misioneros más devotos, los científicos naturales de la conducta, esta fe en la física social y política generó, con regularidad llamativa, la visión de un futuro técnico-científico [. . .] y junto a ello la correspondiente imagen de un hombre manipulado y manejado, condicionado y controlado, a quien se ha aliviado del intolerable peso de la libertad».[352]

Esto en lo tocante al posible futuro de una psiquiatría colectivista y cientificista, que valora a la comunidad por encima

del individuo y se aplica a regular la conducta humana mediante drogas y castigos médicos, en lugar de que sea regulada por la conciencia personal y las sanciones legales. No importa el nombre que se dé a esa psiquiatría, estará siempre al servicio de una sociedad cerrada y ordenada, tal como la que imaginaron Saint-Simon y Comte. Ya hemos visto de qué manera la Física Social francesa del siglo XVIII, con su concepción del individuo como átomo social, engendró los regímenes totalitarios del siglo XX, con su concepción del ciudadano como siervo obediente de sus amos políticos. Lo que empezó modestamente, en la Europa de los siglos XVIII y XIX como una psiquiatría médica, con su concepción del hombre movido por los procesos fisicoquímicos de su cerebro, puede aún convertirse (quizás en Estados Unidos) en una tiranía basada en el cientificismo neurológico y el historicismo psicoanalítico.

VII

Sin embargo, también es posible que la psiquiatría se desarrolle siguiendo un curso individualista y libertario. O bien que se divida en dos disciplinas diferentes: la una, colectivista y dedicada a esclavizar al hombre, la otra, individualista y dedicada a liberarlo.

Las raíces de una psiquiatría individualista y libertaria son aún tiernas y están muy cerca de la superficie. Por oposición a la tradición de alienistas y de nosólogos psiquiátricos, como Kahlbaum y Kraepelin, los prototipos de este espíritu humanista en psiquiatría son Sigmund Freud, con su profundo anhelo de comprender los «trastornos mentales» y de evitar la coacción, y Wilhelm Reich, con su pasión por liberar al hombre de sus cadenas, ya fueran las forjadas por su crianza y educación o por sus amos políticos. El rumbo que sigue esta psiquiatría es claro, aunque su movimiento sea lento y vacilante: en primer lugar, apartarse de la medicina y encaminarse hacia la psicología; en segundo lugar, apartarse de la psicología y encaminarse hacia un estudio del hombre en sociedad —vale decir, hacia un estudio del individuo dotado de un pasado y de un futuro, así como de un ineludible compromiso moral consigo mismo y con los demás—.

Cuando se acepta que la psiquiatría es una disciplina con-

cerniente al estudio y control de la conducta personal, su relevancia para la medicina desaparece. Creo, pues, que la psiquiatría no debería colgarse el manto de la medicina ni utilizar de manera cientificista su nivel semántico y condición social. A largo plazo, beneficiará tanto a la profesión médica y psiquiátrica como al público en general que se distinga claramente entre la ciencia médica y el cientificismo médico (psiquiátrico). La medicina es una ciencia natural; la psiquiatría, en cambio, es una ciencia moral.

Por consiguiente, una de las posibles —y, a mi juicio, deseables— evoluciones de la psiquiatría consistiría en separarse de la medicina. El resultado sería una disciplina no-médica —¡que no significa anti-médica!—, igualmente accesible a los médicos y a los no médicos que estén interesados en el estudio del hombre y en la psicoterapia.

¿Cuáles serían las consecuencias prácticas de dicho cambio? En la actualidad, un médico puede recibir el diploma de psiquiatra o de neurólogo, pero en ambos casos se lo otorga la misma junta médica. Este es un anacronismo histórico. Sugiero, en primer término, que haya una junta de psiquiatría separada; en segundo término, que se extienda un diploma profesional análogo para el psicoterapeuta; y en tercer término, que se reconozca en igual medida al psicoterapeuta médico y no médico.

Recordemos que solo en este siglo —y todavía en forma incompleta— la psiquiatría se separó como especialidad de la neurología y de la medicina interna. Freud y sus primeros seguidores crearon una nueva profesión: al principio, una especialidad dentro de la medicina, luego una disciplina fuera de ella. Pero a despecho de la advertencia de Freud en cuanto a que era necesario proteger al psicoanálisis «de los doctores»,[353] la contrarrevolución psicoanalítica se apoderó de su movimiento. Hoy la psiquiatría, el psicoanálisis y la psicoterapia son actividades ambiguas, que se mantienen en precario equilibrio entre la medicina y las ciencias sociales, a veces defendidas con orgullo por ambas, a veces repudiadas coléricamente también por ambas.

Aunque algunas de las teorías psicoanalíticas pueden haberse puesto al servicio de la tecnología social, fue imposible convertir su práctica en algo totalmente antiindividualista. Por lo tanto, los principales cambios deben tener lugar en la psiquiatría propiamente dicha, más que en el psicoanálisis. Consideraría auspicioso que la psiquiatría diferenciara claramente la neurología de la medicina, y luego se apartara de

ambas. De manera rudimentaria y públicamente inconfesada, esa separación existe hoy de hecho entre la psicoterapia y la práctica médica. Pero no basta. Son necesarios otros cambios en la práctica psiquiátrica.

El más importante, a mi juicio, se refiere al rol social y compromiso moral del psiquiatra. Tiene que definir con claridad su posición frente al cliente: ¿Representa el psiquiatra los intereses del paciente (tal como este los define) o los de otras personas (los familiares, la sociedad, etc.)? ¿Presta adhesión moral a la autonomía o a la heteronomía, al individualismo o al colectivismo? [354]

En su forma extrema, estos roles son a menudo bastante bien reconocidos; pero ello no obsta para que un psiquiatra determinado asuma durante un minuto uno de esos roles, y al minuto siguiente el otro. Un rol es el del psicoanalista clásico, agente exclusivo de su paciente: acepta que este le pague a cambio de un servicio tendiente a promover los intereses de ese paciente. El otro rol es el del psiquiatra «policíaco», agente exclusivo del rival del paciente: acepta que la policía o el fiscal de distrito le paguen a cambio de un servicio tendiente a culpar o dañar al susodicho paciente.[355]

Entre estos dos extremos está el psiquiatra de hospital, quien supuestamente debe atender a pacientes involuntarios y a la vez proteger de ellos a la comunidad.

No es difícil a esta altura imaginar una separación de esos roles. Ella daría lugar a una situación de este tipo: la psiquiatría, como la ciencia del derecho, seguiría siendo una disciplina única, pero sus profesionales se dividirían en dos categorías fundamentales, o quizás en varias menores. La distinción entre ellos sería la misma que existe en el campo jurídico entre la acusación y la defensa. Tal división de funciones reflejaría el hecho de que el psiquiatra profesional es, por lo general, agente de uno de los bandos y rival del otro. Abogo por una clara admisión social y codificación profesional de esta situación. Esto implicaría que, así como un hombre acusado de un delito no contrataría al fiscal de distrito para que lo defendiese, así tampoco una persona «acusada» de «enfermedad mental» no contrataría a un psiquiatra leal al bando con el que esa persona está en conflicto. Quedaría así redefinida la naturaleza de la profesión y la práctica psiquiátricas.

Surgirían entonces dos tipos de psiquiatras: «psiquiatras defensores» (para abreviar, «psiquiatras D») y «psiquiatras acusadores» (para abreviar, «psiquiatras A»). Sus funciones

no serían nuevas; lo nuevo sería el cumplimiento coherente y públicamente reconocido de sus respectivos roles. Veamos los rasgos esenciales de cada uno de ellos.

VIII

El psiquiatra D, como el abogado defensor, es un profesional que atiende en forma privada. Sus servicios son solicitados por sus clientes potenciales, a quien él es libre de aceptar o rechazar y que, a su vez, son libres de aceptarlo o rechazarlo. Aunque algunos aspectos importantes de dicha relación profesional son controlados por el experto, sus características más salientes son (y, en verdad, deben ser) controladas por el cliente: concretamente, es este quien determina la finalidad última que ha de cumplir la ayuda del profesional y, como regla, quien controla su iniciación y terminación. Esto es posible (y a la vez simbolizado) por el carácter comercial de la relación; como ocurre con el abogado defensor, el psiquiatra D les cobra a sus clientes, y su bienestar económico depende, en último análisis, de que cumpla con los servicios estipulados. En suma, el psiquiatra D, como su equivalente legal, es un experto «contratado» por cierto bando, a menudo para causar algún perjuicio a otros: por ejemplo, el abogado que Jones contrata para demandar a Smith por daños y perjuicios no solo procura beneficiar a Jones sino también perjudicar a Smith. Análogamente, el psiquiatra D que acepta como paciente a un hombre cuyo principal problema es de índole conyugal puede «beneficiar» al marido pero «perjudicar» a la esposa (o viceversa). Esto es bien conocido por todos los psiquiatras, pese a lo cual se lo elude como una falla embarazosa, en vez de admitirlo serenamente como una parte indispensable de un método psicoterapéutico cuya finalidad es la autonomía y la dignidad personal.
El rol del psiquiatra A es también perfectamente conocido, pero está todavía menos claramente enunciado o aceptado. En realidad, una descripción de dicho rol suele considerarse difamatoria de los psiquiatras y de su profesión. Este rol es cumplido por un grupo de personas que, como el fiscal de distrito, actúan fundamentalmente en una institución. Los «clientes» (si es que puede llamárselos así) del psiquiatra A no solicitan sus servicios, ni este último es libre de aceptarlos o rechazarlos. Sus clientes son involuntarios, y si se los dejara

actuar libremente no querrían saber nada con él; esto, que es obvio en el caso de la relación entre el delincuente y el fiscal, es igualmente cierto para la relación entre el paciente mental involuntario y el psiquiatra A, quien entra en contacto profesional con su cliente en virtud del poder que tiene sobre él. No le paga el «cliente» sino una institución, por lo común un organismo oficial. Además, su rol está más estrictamente definido que el del psiquiatra D. Así como el fiscal debe, en general, limitarse a acusar a los delincuentes, el psiquiatra A debe, en general, limitarse a proteger los intereses de la sociedad contra los intereses del paciente mental «acusado».

El psiquiatra D, como el abogado defensor particular, es un profesional independiente. Puede contratárselo para un tratamiento psicoanalítico, un asesoramiento conyugal, una sesión de hipnosis, para anular un testamento, etc., así como su equivalente legal puede ser contratado para defender a su cliente por una acusación de crimen o un pleito de divorcio, para preparar su testamento, etc. En contraste con ello, el psiquiatra A, como el fiscal de distrito, es un empleado, por lo común del Estado. En tal carácter, es parte de una compleja organización burocrática, con todo lo que ello implica en cuanto a su relación con los clientes, voluntarios o involuntarios.

Consideraciones de este tipo sugieren conexiones estrechas entre la economía y la política, por un lado, y la psiquiatría, por el otro. Resulta claro que el psiquiatra D sólo puede existir en países capitalistas, y su trabajo será valorado en la medida en que lo sean la libertad económica y personal; mientras que el psiquiatra A puede tener cabida tanto en países capitalistas como socialistas, y su trabajo será valorado en la medida en que lo sean la planificación económica y la seguridad de la sociedad.

Si la psiquiatría sigue en el futuro el curso que he esbozado antes —o sea, si se aparta progresivamente de la medicina y las ciencias naturales y se aproxima a la política y a la ética—, me aventuro a predecir una evolución ulterior. La separación del trabajo del psiquiatra en las dos grandes categorías señaladas solo será el comienzo de una tendencia mucho más difundida a la delimitación y clasificación precisa, no de las enfermedades psiquiátricas, sino de los desempeños psiquiátricos. Cuanto más se devuelva al llamado «paciente mental» la cabal estatura humana que merece, tanto más parecerán no solo innecesarias sino dañinas y aun

criminales las tentativas de clasificarlo —al menos en la forma en que estamos acostumbrados—. Habiéndose convertido en un cliente que se autodetermina, el paciente mental querrá seleccionar a los expertos en psiquiatría para tareas específicas. Para ello se precisará, no una clasificación de los enfermos, sino de los expertos.

IX

Como ya he analizado,[356] toda clasificación, ya sea de plantas o de animales, de pacientes médicos o psiquiátricos, de médicos o de abogados, cumple algún propósito práctico, estratégico. ¿Cuál es el propósito de clasificar a una persona como paciente psiquiátrico, y, específicamente, como un fóbico, un deprimido o un esquizofrénico? La finalidad declarada de este tipo de clasificación (quiero decir, la que declaran oficialmente los psiquiatras que la practican) es identificar la «enfermedad» del paciente para poder tratarla de la manera que permita combatir mejor esa afección particular; en suma, el propósito manifiesto de la clasificación psiquiátrica es el mismo que el de la clasificación médica.
La finalidad real de la clasificación psiquiátrica (quiero decir, la que se infiere de sus consecuencias reales) es degradar y segregar socialmente al individuo identificado como paciente mental; en suma, el propósito encubierto de la clasificación psiquiátrica es la estigmatización social y la creación de una clase de chivos emisarios cuya persecución esté justificada.
Respecto de las supuestas similitudes entre clasificar a una persona como enfermo médico (p. ej., atacado de una úlcera péptica) y enfermo psiquiátrico (p. ej., atacado de esquizofrenia), no debe engañarnos el hecho de que en ambos casos se le adjunte al individuo un rótulo diagnóstico (o algo que se le parece).
Aunque a una persona que busca atención médica puede a la postre diagnosticársele una afección particular, en su rol como paciente potencial actúa igual que cualquier otro cliente que solicita los servicios de un experto: o sea, se forma una idea acerca de lo que él necesita y, según su discernimiento y los medios de que disponga, escoge al experto en cuestión. Algunas personas necesitadas de asistencia médica irán a la sala de guardia del hospital más cercano; algunas

pedirán hora a su médico particular para que las atienda en el consultorio; otras viajarán hasta una institución de renombre, y aun otras harán que un grupo de famosos especialistas vengan volando a su domicilio. Por añadidura, el paciente potencial puede elegir entre consultar a un médico clínico o a un especialista, o a un traumatólogo, quiropráctico o curandero.

El individuo que tiene problemas personales puede igualmente elegir (siempre y cuando no se le haya adjudicado el rol de paciente mental involuntario) : puede solicitar ayuda a un médico clínico, un clérigo, un abogado, un asistente social, un neurólogo, un psiquiatra organicista o un psicoanalista (la nómina completa es, por supuesto, mucho más larga). Esta lista parecería ofrecerle suficientes posibilidades; pero, en realidad, no es así... y por varias razones. Una de ellas es que la actividad concreta de los distintos «curadores» de trastornos mentales rara vez es definida por quienes la practican, y por ende sus clientes no pueden conocerla; otra es que no existen habitualmente límites precisos en cuanto a lo que les está permitido hacer a los expertos, o en cuanto a lo que hacen de hecho. De modo que los clientes se encuentran insuficientemente protegidos frente a actos que pueden considerar contrarios a sus intereses. Entre estos actos se halla la rotulación psiquiátrica injusta y la internación involuntaria en hospitales neuropsiquiátricos, con el consecuente «tratamiento» compulsivo.

El paciente psiquiátrico involuntario está en una situación radicalmente distinta del paciente médico voluntario: en tanto que este último puede escoger a su médico, rechazar su diagnóstico (si discrepa con él) y romper la relación, el primero no puede hacer nada de eso. Esta imposición de un rótulo diagnóstico a un individuo sin su consentimiento y contra su voluntad constituye una de las más importantes diferencias prácticas entre los diagnósticos médicos y los psiquiátricos.

Frente a estos hechos, los clientes que buscan ayuda para sus problemas de la vida contarán con una auténtica posibilidad de elección entre cursos de acción alternativos únicamente cuando se hayan cumplido dos requisitos: primero, cuando se especifiquen y se den a conocimiento público las actividades reales de los diversos «curadores» de trastornos mentales; y segundo, cuando se definan con claridad y se establezcan legalmente los límites a que están sujetas estas actividades.

X

Si lo que he dicho sobre el carácter táctico del proceso de diagnóstico psiquiátrico es válido, se deduce que antes de que podamos tener un sistema de clasificación radicalmente distinto en psiquiatría, debemos dotar a la psiquiatría misma de una finalidad radicalmente distinta.

La finalidad kraepeliniana, nunca claramente abandonada (ni siquiera por Freud), era clasificar a los *pacientes*. Este proyecto solamente tiene sentido si nosotros, los clasificadores, tenemos la intención de hacer algo con los clasificados, con los pacientes: por ejemplo, si nuestro propósito es internarlos o «tratarlos».

Sin embargo, en la psiquiatría moderna hay muchas situaciones en que el psiquiatra no tiene necesariamente esa intención. El ejemplo paradigmático es la situación del tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico privado: sintiéndose perturbado o abrumado, un cliente solicita los servicios de un experto para que le ayude a manejar sus problemas de la vida. Esta situación entre un cliente y su terapeuta particular es totalmente distinta de la que existe entre el psiquiatra de un hospital neuropsiquiátrico y la persona que está allí contra su voluntad. Y sin embargo, la primera situación no es en absoluto inusual: es análoga a la que se da entre personas con distintos tipos de dificultades y los expertos cuya ayuda solicitan. Por ejemplo, el contribuyente que tiene problemas con la oficina recaudadora de impuestos y consulta a un experto en cuestiones impositivas; o la persona que no puede congeniar con su mujer y consulta a un abogado experto en divorcios; o el acusado por un crimen que busca un abogado defensor. Cada uno de estos expertos se ve ante un problema, pero este no consiste en clasificar al cliente en términos de culpabilidad o inocencia. De manera similar, el psiquiatra a quien acude una persona en forma voluntaria se ve ante un problema, que no es clasificar a dicha pesona como sana o enferma. Echar una mirada a lo que hacen los abogados y otros expertos en las situaciones mencionadas puede aclararnos qué deberían hacer los psiquiatras al servicio de clientes voluntarios.

Frente al individuo que tiene problemas con la Dirección General Impositiva, el especialista en impuestos no necesita clasificarlo como culpable o inocente de evasión fiscal. Ese problema queda a cargo de los funcionarios de la repartición o de un juez. La primera obligación del especialista

es decidir si aceptará o no como cliente a esa persona. Una vez que la acepta, su tarea queda más o menos *definida por el cliente mismo*: debe ayudarlo a que logre sus objetivos, o, si eso es imposible, discutir con él la conveniencia de modificar esos objetivos. En este caso, el objetivo del cliente será pagar lo menos posible en concepto de impuestos sin que lo metan en la cárcel; con el fin de seleccionar la estrategia más adecuada para alcanzar dicho objetivo, contrata los servicios del experto y le paga por ellos.

El marido que quiere divorciarse y su abogado se encuentran en una situación similar. Sería inútil y posiblemente funesto para el abogado enjuiciar al marido desde el punto de vista moral: no es su tarea determinar si es un buen o mal marido, un compañero adecuado o inadecuado para su mujer. Su cliente no le paga para eso; si persiste en ejercer esa habilidad «diagnóstica», es probable que pierda a ese cliente y aun a toda su clientela. ¿Cuál es, entonces, su tarea? Ayudar al cliente a obtener el divorcio en los términos que le sean más favorables. Si el abogado no quiere cumplir este servicio, es libre de rechazar al marido como cliente.

Reevaluemos, a la luz de todo esto, el rol del psicoterapeuta. ¿Por qué habría de clasificar a su paciente como una persona mentalmente sana o enferma, histérica o esquizofrénica? No tiene ninguna necesidad de hacerlo. En primer término, el terapeuta debe decidir si aceptará como cliente a la persona que solicita sus servicios. (Los argumentos que intervienen en esta decisión son complicados y varían de uno a otro terapeuta. No es preciso que nos detengamos aquí en este tema.) Una vez que ha decidido aceptarlo, su tarea no es clasificarlo (¿de qué podría servirle esto al propio cliente?), sino más bien ayudarlo a alcanzar sus objetivos. Esto exige coordinar las metas y estrategias del cliente y del psicoterapeuta.

Sostengo —y confío en que este análisis venga en mi apoyo— que los psiquiatras necesitan clasificar a las personas como pacientes mentales (a la manera tradicional, o de acuerdo con alguna modificación de ese esquema básico) solo en el caso de que deseen tratarlas como objetos o cosas. Esta actitud o necesidad no es de suyo maligna: con frecuencia a los pacientes mentales se los trata como niños o como organismos insensibles porque se los considera imposibilitados de cuidarse a sí mismos, y se piensa por ende que deben estar bajo la tutela de su familia, la sociedad o los psiquiatras. En resumen, si se considera a todos los adultos (incluso a los

llamados «enfermos mentales») como individuos responsables y gestores de su propio destino, los psiquiatras no necesitan clasificar a las personas que los consultan.

No obstante, las personas no pueden conducirse como seres responsables si no viven en un medio más o menos manejable. Desde el punto de vista físico, esto significa que el hombre no puede por lo común sobrevivir en condiciones físicas extremadamente rigurosas (en el Artico o en el desierto). Desde el punto de vista psicosocial, significa que el hombre (como persona, no como organismo) no puede por lo común sobrevivir en condiciones psicosociales extremadamente rigurosas (en un campo de concentración o en un hospital neuropsiquiátrico). La supervivencia del hombre como persona depende en gran parte de las oportunidades con que cuente para hacer elecciones con conocimiento de causa. Y para que pueda hacer tales elecciones, su medio social debe estar convenientemente rotulado. Si, a causa de una rotulación inadecuada o engañosa, no puede distinguir entre el veneno para las ratas y la aspirina, le será imposible cuidar su salud física; y si, a causa de una rotulación inadecuada o engañosa, no puede discernir entre los diversos expertos cuya ayuda puede solicitar para solucionar sus problemas personales, le será imposible cuidar su «salud mental».

En consecuencia, para satisfacer las necesidades psicológicas del adulto responsable, necesitamos una clasificación, no de las enfermedades mentales, sino de los servicios que brindan los expertos. En verdad, este tipo de clasificación existe en todas aquellas situaciones en que un cliente busca y paga servicios especializados, con la sola —y significativa— excepción del campo de la salud mental.

En el campo del derecho, por ejemplo, no se clasifica a los clientes de los abogados sino a la clase de trabajo que estos ofrecen. Tenemos así abogados especializados en derecho comercial, en derecho penal, en divorcio, en leyes laborales, en problemas impositivos, etc. La psiquiatría organizada se muestra singularmente hostil a una división del trabajo análoga entre sus profesionales: al psicoterapeuta que no se aviene a recetar drogas o a internar pacientes se lo considera, no un profesional autorizado a decidir cuáles son sus intereses y su esfera de competencia, sino alguien que se niega a asumir la pesada carga del mesiánico arte de curar.

Esta concepción es índice de una situación deprimente y trágica, porque revela en qué grado ha abandonado la psiquiatría los valores liberales y racionalistas de la ciencia y

de la sociedad abierta, adhiriendo en cambio a su antítesis contrarrevolucionaria, los valores antiliberales e irracionales del cientificismo y de la sociedad cerrada.

XI

He examinado las tendencias antagónicas de la psiquiatría del pasado y del presente. Ellas reflejan el flujo y reflujo de una tesis fundamental y su antítesis: el individualismo y la libertad, como grandes ideas revolucionarias de la Ciencia y del Mercantilismo, y las ideas contrarrevolucionarias igualmente grandes del colectivismo y el orden, los rasgos característicos del Cientificismo y del Utopismo Social. Reseñada ya, desde esta perspectiva, la historia reciente y el estado actual de nuestra disciplina, ¿qué pronóstico podemos hacer sobre su futuro?

En este sentido, debemos distinguir entre el corto y el largo plazo. A corto plazo, la mejor apuesta es la que sigue la corriente: si hoy está caluroso, hay que prever que mañana también lo estará. Aplicando esta regla a la psiquiatría, cabe prever una continuación de la tendencia actual, o sea, un incremento del poder y los alcances de la psiquiatría colectivista y cientificista.

En el largo plazo, sin embargo, conocer la tendencia hoy prevaleciente tiene menor valor: puede continuar, cambiar, incluso invertirse. De hecho, en las cuestiones políticas y sociales, a menudo se suceden las tendencias opuestas, en una espiral dialéctica de ideologías y políticas antagónicas. Es ocioso, pues, especular sobre el curso preciso que habrán de seguir los acontecimientos humanos en el futuro distante. Debemos darnos por satisfechos con conocer las opciones, y saber que cualquiera de ellas puede predominar. Cuando se le preguntó acerca del curso futuro del mercado de cambios, J. P. Morgan dio una respuesta que se hizo famosa: «Fluctuará», dijo. También la psiquiatría ha de fluctuar probablemente entre las ideologías del individualismo y el colectivismo, entre proteger al ciudadano del Estado y proteger al Estado del ciudadano. Cuál de estas tendencias privará en un momento determinado dependerá en parte del clima cultural y en parte de los compromisos intelectuales y morales de todos y cada uno de los psiquiatras, cuya tarea cotidiana constituye, en definitiva, la psiquiatría misma.

Notas

Capítulo 1

1 Rome, H. P., «Psychiatry and foreign affairs: the expanding competence of psychiatry», *Amer. J. Psychiatry*, vol. 125, 1968, págs. 725-30, esp. pág. 729.
2 Sachar, E. J., «Behavioral science and the criminal law», *Scientific American*, vol. 209, 1963, págs. 39-45, esp. pág. 41.
3 Burnham, D., «Convicts treated by drug therapy», *The New York Times*, 8 de diciembre de 1968, pág. 17.
4 Menninger, K., *The crime of punishment*, Nueva York, Viking, 1968, pág. 17.
5 Jellinek, R. M., «Revenger's tragedy», *The New York Times*, 27 de diciembre de 1968, pág. 31.
6 Szasz, T. S., *The manufacture of madness: a comparative study of the Inquisition and the mental health movement*,⁂ Nueva York, Harper & Row, 1970. [Agregamos el signo ⁂ cuando se menciona, en las notas, una obra que tiene versión castellana. La nómina completa se encontrará en la Bibliografía en castellano, págs. 253-54.]
* *Commitment* significa tanto «compromiso» como «reclusión, confinamiento» (en una cárcel, establecimiento psiquiátrico, etc.) (*N. del T.*)
7 Sachar, *op. cit.*, págs. 41-42.
8 Grinker, R. R., «Emerging concepts of mental illness and models of treatment: the medical point of view», *Amer. J. Psychiatry*, vol. 125, 1969, págs. 865-69, esp. pág. 866.

Capítulo 2

* Adaptación del artículo del mismo título aparecido en *The American Psychologist*, vol. 15, febrero de 1960, págs. 113-18.
9 Véase Szasz, T. S., *Pain and pleasure: a study of bodily feelings*, Nueva York, Basic Books, 1957, esp. págs. 70-81; «The problem of psychiatric nosology», *Amer. J. Psychiatry*, vol. 114, 1957, págs. 405-13.
10 Véase Szasz, T. S., *The ethics of psychoanalysis: the theory and method of autonomous psychotherapy*,⁂ Nueva York, Basic Books, 1965.
11 Véase Szasz, T. S., *Law, liberty, and psychiatry: an inquiry into the social uses of mental health practices*, Nueva York, Macmillan, 1963.
12 Peters, R. S., *The concept of motivation*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1958, esp. págs. 12-15.

13 Hollingshead, A. B. y Redlich, F. C., *Social class and mental illness*, Nueva York, Wiley, 1958.

* La Iglesia de la Ciencia Cristiana, fundada en 1866 por Mary Baker Eddy, sostiene que las enfermedades son provocadas por errores espirituales y pueden curarse sin ayuda médica. (*N. del T.*)

14 Citado en Jones, E., *The life and work of Sigmund Freud*,⁂ Nueva York, Basic Books, 1957, vol. III, pág. 247.

15 Véase, sobre esto, Langer, S. K., *Philosophy in a new key* ⁂ [1942], Nueva York, Mentor Books, 1953, especialmente capítulos 5 y 10.

Capítulo 3

* Tomado de Richard T. DeGeorge, ed., *Ethics and society*, Lawrence, Kansas University Endowment Association, 1966.

16 Véase Szasz, T. S., *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*,⁂ Nueva York, Hoeber-Harper, 1961.

17 Popper, K. R., *The open society and its enemies*,⁂ Princeton, N. J., Princeton University Press, 1950.

18 Fromm, E., *Escape from freedom*,⁂ Nueva York, Rinehart, 1941.

19 Citado en *The New York Times*, 31 de agosto de 1964, pág. 8.

20 «The trial of Iosif Brodsky: a transcript», *The New Leader*, vol. 47, 1964, págs. 6-17.

21 *Ibid.*, pág. 14.

22 Para una comparación entre el derecho penal soviético y las leyes norteamericanas sobre higiene mental, véase Szasz, T. S., *Law, liberty, and psychiatry: and inquiry into the social uses of mental health practices*, Nueva York, Macmillan, 1963, págs. 218-21.

23 «The trial of Iosif Brodsky...», *op. cit.*, pág. 14.

24 Véase Szasz, *Law, liberty, and psychiatry...*, *op. cit.*, cap. 17.

25 Tarsis, V., *Ward 7: an autobiographical novel*,⁂ Londres y Glasgow, Collins and Harvill, 1965.

26 «Roche report: community psychiatry and mental hospitals», *Frontiers of Hospital Psychiatry*, volumen 1, 1964, páginas 1-2 y 9.

27 *Ibid.*, pág. 2.

28 *Ibid.*

29 *Ibid.*

30 *Ibid.*, pág. 9.

31 *Ibid.*

32 Véase el capítulo 13 de este libro.

33 Kennedy, J. F., *Message from the president of the United States relative to mental illness and mental retardation*, 5 de febrero de 1963, 88º período legislativo, 1ª sesión, Cámara de Representantes, documento nº 58; reimpr. en *Amer. J. Psychiatry*, vol. 120, 1964, págs. 729-37, esp. pág. 730.

34 Caplan, G., *Principles of preventive psychiatry*,⁂ Nueva York, Basic Books, 1964, pág. 3.

35 *Ibid.*

36 Citado en Gorman, M., «Psychiatry and public policy», *Amer. J. Psychiatry*, vol. 122, 1965, págs. 55-60, esp. pág. 56.
37 Parkinson, C. N., *Parkinson's law and other studies in administration* ** [1957], Boston, Houghton Mifflin, 1962.
38 Caplan, *op. cit.*, pág. 56.
39 *Ibid.*, pág. 59.
40 *Ibid.*, págs. 62-63.
41 *Ibid.*, pág. 65.
42 *Ibid.*
43 *Ibid.*, pág. 79.
44 Cf. Szasz, *The myth of mental illness...*, *op. cit.*; véase también los capítulos 2 y 4 de este libro.
45 Soddy, K., ed., *Cross-cultural studies in mental health: identity, mental health, and value systems*, Chicago, Quadrangle, 1962, pág. 70.
46 *Ibid.*, pág. 72.
47 *Ibid.*, pág. 73.
48 *Ibid.*, págs. 75-76.
49 *Ibid.*, pág. 82.
50 *Ibid.*, pág. 106.
51 *Ibid.*, pág. 173.
52 *Ibid.*, pág. 186.
53 Davis, K., «The application of science to personal relations: a critique of the family clinic idea», *Amer. Sociological Rev.*, vol. 1, 1936, págs. 236-47, esp. pág. 238.
54 *Ibid.*, pág. 241.
55 *Ibid.*
56 Soddy, *op. cit.*, pág. 209.
57 *Ibid.*, pág. 208.
58 Blain, D., «Action in mental health: opportunities and responsibilities of the private sector of society», *Amer. J. Psychiatry*, vol. 121, 1964, págs. 422-27, esp. pág. 425.
59 *Ibid.*
60 Davis, *op. cit.*, págs. 241-42.
61 *Ibid.*, págs. 242-43.
62 *Ibid.*, pág. 243.
63 Cf. Szasz, T. S., «Psychoanalysis and taxation: a contribution to the rhetoric of the disease concept in psychiatry», *Amer. J. Psychotherapy*, vol. 18, 1964, págs. 635-43; «A note on psychiatric rhetoric», *Amer. J. Psychiatry*, volumen 121, 1965, páginas 1192-93.
64 Davis, *op. cit.*, pág. 244.
65 *Ibid.*, pág. 245.
66 Wortis, J. y Freundlich, D., «Psychiatric work therapy in the Soviet Union», *Amer. J. Psychiatry*, vol. 121, 1964, págs. 123-25, esp. pág. 123.
67 *Ibid.*
68 *Ibid.*, pág. 124.
69 *Ibid.*, pág. 127.
70 Szasz, T. S., «Review of *The economics of mental illness*, by Rashi Fein (Nueva York, Basic Books, 1958», *AMA Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 1, 1959, págs. 116-18.

Capítulo 4

* Adaptación de «The uses of naming and the origin of the myth of mental illness», *The American Psychologist*, vol. 16, febrero de 1961, págs. 59-65.
71 Véase el capítulo 2.
72 Reichenbach, H., *Elements of symbolic logic*, Nueva York, Macmillan, 1947, págs. 1-20.
73 Butler, S., *Erewhon* ⁂ [1872], Harmondsworth, Inglaterra, Penguin, 1954.
74 Sobre este tema, véase Freud, S., «Charcot» ⁂ [1893], en *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Londres, Hogarth, 1962, vol. III, págs. 7-23; Guillain, G., *J.-M. Charcot, 1825-1893: his life-his work*, Nueva York, Hoeber, 1959; Szasz, T. S., *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*, ⁂ Nueva York, Hoeber-Harper, 1961, esp. págs. 21-26.
75 Szasz, T. S., «Malingering: diagnosis or social condemnation?», *AMA Arch. Neurol. & Psychiatry*, volumen 76, 1956, páginas 432-43.
76 Para un análisis más detallado, véase Szasz, T. S., «The moral dilemma of psychiatry», *Amer. J. Psychiatry*, vol. 121, 1964, págs. 521-28, y el capítulo 12 de este libro.
77 Katcher, L., «The sick Jews of Germany», *Hadassah Magazine*, vol. 50, 1968, págs. 13, 27, esp. pág. 13.
78 *Ibid.*, pág. 27.
79 *Ibid.*
80 *Ibid.*
81 Jones, E., *The life and work of Sigmund Freud*, ⁂ Nueva York, Basic Books, 3 volúmenes, 1953, 1955, 1957, volumen III, página 45.
82 *Ibid.*
83 *Ibid.*, pág. 46.
84 *Ibid.*, págs. 72-73.
85 *Ibid.*, pág. 174.
86 *Ibid.*, pág. 176.
87 *Ibid.*, págs. 177-78.
88 *Ibid.*, pág. 177.
89 *Ibid.*, pág. 106.
90 *Ibid.*, págs. 105-06.
91 Szasz, T. S., «Three problems in contemporary psychoanalytic training», *AMA Arch. Gen. Psychiatry*, volumen 3, 1960, páginas 82-94.
92 Eisendorfer, A., «The selection of candidates applying for psychoanalytic training», *Psychoanalyt. Quart.*, vol. 28, págs. 374-78, esp. pág. 376.
93 *Ibid.*, pág. 377.
94 Véase, sobre esto, Szasz, T. S., «Psychiatry, psychotherapy, and psychology», *AMA Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 1, 1959, págs. 455-63; «Psychoanalysis and medicine», en Levitt, M., ed., *Readings in psychoanalytic psychology*, Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1959, págs. 355-74.

Capítulo 5

* Adaptación de «Psychiatry as ideology», en H. Hawton, ed., *The rationalist annual for the year 1965*, Londres, The Pemberton Publishing Co., 1965, págs. 43-52.
95 Bell, D., *The end of ideology*,⁂ Glencoe, Ill., Free Press of Glencoe, 1960.
96 *Ibid.*, pág. 370.
97 Wortis, J., *Fragments of an analysis with Freud*,⁂ Nueva York, Simon and Schuster, 1954, pág. 55.
98 *Ibid.*, pág. 57.
99 *Ibid.*, págs. 79-80.
100 Véase, por ejemplo, Freud, S., «Leonardo da Vinci and a memory of his childhood» ⁂ [1910], en *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Londres, Hogarth Press, 1957, vol. XI, págs. 57-137, esp. págs. 63 y 131; véase también Freud, S. y Bullitt, W. C., *Thomas Woodrow Wilson: a psychological study*,⁂ Boston, Houghton Mifflin, 1967.
101 Erikson, E. H., *Young man luther: a study in psychoanalysis and history*, Nueva York, Norton, 1958, pág. 19.
102 *Ibid.*, pág. 135.
103 Para un análisis y documentación, véase Szasz, T. S., *Law, liberty, and psychiatry: an inquiry into the social uses of mental health practices*, Nueva York, Macmillan, 1963.
104 Erikson, *op. cit.*, pág. 249.
105 Véase Schweitzer, A., *The psychiatric study of Jesus* [1913], Boston, Beacon Press, 1948.
106 *The Syracuse Herald-Journal*, 27 de marzo de 1963, pág. 35.
107 *Ibid.*, 23 de abril de 1963, pág. 11.
108 *The Syracuse Herald-American*, 8 de diciembre de 1968, pág. 11.
109 *Durham* v. *United States*, 214 F. 2d 862 (D.C. Cir.), 1954; para un análisis ulterior, véase el capítulo 8 de este libro.
110 *Parade*, 31 de marzo de 1963, pág. 3.
111 Bell, D., «The post-industrial society», monografía que sirvió de base para un debate sobre «El impacto del cambio tecnológico y social», Boston, 1962, págs. 34-35 (mimeogr.).

Capítulo 6

* Adaptación del artículo del mismo título aparecido en *Harper's Magazine*, febrero de 1964.
112 Pinel, P., *A treatise on insanity* [1801, 1809], facsímil de la edición londinense de 1806, Nueva York, Hafner Publishing, 1962, págs. 3-4.
113 Szasz, T. S., *Psychiatric justice*, Nueva York, Macmillan, 1965.

Capítulo 7

* Adaptación del artículo del mismo título aparecido en *The Antioch Review*, vol. 22, 1962, págs. 341-49.
114 Véase el capítulo 2.

115 «Therapeutic abortion», *MD, The Medical Newsmagazine*, diciembre de 1958, pág. 61.
116 «Colorado abortions rise following law revision», *Psychiatric News*, vol. 3, 1968, pág. 10.
117 «5,000 legal abortions done in California in 9 months», *Hospital Tribune*, 18 de noviembre de 1968, pág. 3.
118 Véase Szasz, T. S., «The ethics of birth control; or, who owns your body?», *The Humanist*, vol. 20, 1960, págs. 332-36.
119 Véanse, al respecto, los capítulos 4 y 12 de este libro.
120 Véase el capítulo 2.

Capítulo 8

* Adaptación del artículo del mismo título aparecido en *Temple Law Quarterly*, vol. 40, 1967, págs. 271-82.
121 *Daniel M'Naghten's Case*, 10 Cl. & Fin. 200, 8 Eng. Rep. 718, 1943.
122 *Durham* v. *United States*, 214 F. 2d 862 (D. C. Cir.), 1954.
123 *Ibid.*, págs. 874-75.
124 *United States* v. *Freeman*, 357 F. 2d 606 (2d Cir.), 1966.
125 *Ibid.*, pág. 662; véase también *Model Penal Code*, par. 4.01, versión definitiva, 1962.
126 *United States* v. *Freeman*, *op. cit.*, pág. 622.
127 Véase también *United States* v. *Currens*, 290 F. 2d 751 (3rd Cir.), 1961.
128 «Disease fear», *Parade*, 13 de febrero de 1966, pág. 14.
129 Visotsky, H., «Community psychiatry: we are willing to learn», *Amer. J. Psychiatry*, vol. 122, 1965, págs. 692-93, esp. pág. 692.
130 Bockoven, S., «The moral mandate of community psychiatry in America», *Psychiatric Opinion*, vol. 3, 1966, págs. 32-39, esp. pág. 34.
131 Tal como lo analizamos y documentamos en los capítulos 9 y 12.
132 Weaver, R. M., *Ideas have consequences* [1948], Chicago, Phoenix Books, 1962, pág. 11.
133 Véase, por ejemplo, Shindell, S., *The law in medical practice*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1966, esp. págs. 16-32.
134 Véase *Hearings on constitutional rights of the mentally ill*, 87° período legislativo, 1ª sesión, parte 1, Washington, U. S. Government Printing Office, 1961, pág. 43.
135 Cf., por ejemplo, *New York Mental Hygiene Law*, par. 72 (1).
136 Declaración de McGee, H., en *Hearings on constitutional rights of the mentaly ill*, *op. cit.*, parte 2, pág. 659.
137 *Hearings on S. 935 to protect the constitutional rights of the mentally ill*, 88° período legislativo, 1ª sesión, Washington, U. S. Government Printing Office, 1963, pág. 215.
138 *New York Mental Hygiene Law*, par. 206 (5), págs. 210-11.
139 Véase «Should addicts be locked up?», *New York Post Magazine*, 6 de marzo de 1966, pág. 3.
140 *Dennison* v. *State*, 49 Misc. 2d 533, 267 N.Y.S., 2d 920 (Ct. Cl.), 1966.
141 *Ibid.*, pág. 924.
142 *Ibid.*

143 Traver, R., *Anatomy of a murder,*⁂ Nueva York, St. Martin's Press, 1958.
144 Véase Kaplan, J. y Waltz, J. R., *The trial of Jack Ruby*, Nueva York, Macmillan, 1965.
145 Véase, por ejemplo, *D. C. Code Ann.*, par. 24-301, 1961; *Ohio Rev. Code Ann.*, par. 2945-39, 1954.
146 *D. C. Code Ann.*, par. 24-301 (d), 1961.
147 *United States* v. *Freeman*, *op. cit.*, pág. 626.
148 Mill, J. S., *On liberty* ⁂ [1859], Chicago, Regnery, 1955, pág. 100.
149 Véase *Cameron* v. *Fisher*, 320 F. 2d 731 (D. C. Cir.), 1963; *Overholser* v. *Lynch*, 288 F. 2d 388 (D. C. Cir.), 1961.
150 *Lynch* v. *Overholser*, 369 U.S. 705, 1962.
151 London, J., *The iron heel* ⁂ [1907], Nueva York, Sagamore Press, 1957, pág. 174.
152 *Ibid.*, pág. 163.

Capítulo 9

* Adaptación de «Science and public policy: the crime of involuntary mental hospitalization», *Medical Opinion and Review*, vol. 4, mayo de 1968, págs. 24-35.
153 Szasz, T. S., «Commitment of the mentally ill: treatment or social restraint?», *J. Nerv. & Ment. Dis.*, vol. 125, 1957, págs. 293-307.
154 Szasz, T. S., *Law, liberty, and psychiatry: an inquiry into the social uses of mental health practices*, Nueva York, Macmillan, 1963, págs. 149-90.
155 *Ibid.*, págs. 223-55.
156 Davis, D. B., *The problem of slavery in Western culture,*⁂ Ithaca, N.Y., Cornell University Press, 1966.
157 Véase Cohen, R., «Slavery in Africa», *Trans-Action*, vol. 4, 1967, págs. 44-56; Tobin, R. L., «Slavery still plagues the earth», *Saturday Review*, 6 de mayo de 1967, págs. 24-25.
158 Slovenko, R., «The psychiatric patient, liberty, and the law», *Amer. J. Psychiatry*, vol. 121, 1964, págs. 534-39, esp. pág. 536.
159 Felix, R. H., «The image of the psychiatrist: past, present, and future», *Amer. J. Psychiatry*, vol. 121, 1964, págs. 318-22, esp. pág. 320.
160 Guttmacher, M. S., «Critique of views of Thomas Szasz on legal psychiatry», *AMA Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 10, 1964, págs. 238-45, esp. pág. 244.
161 Felix, *op. cit.*, pág. 231.
162 Véase el capítulo 2 de este libro, y *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct,*⁂ Nueva York, Hoeber-Harper, 1961; «Mental illness is a myth», *The New York Times Magazine*, 12 de junio de 1966, págs. 30 y 90-92.
163 Cf., por ejemplo, Noyes, A. P. y Kolb, L. C., *Modern clinical psychiatry,*⁂ Filadelfia, Saunders, 4ª ed., 1956, pág. 278.
164 Szasz, T. S., «The ethics of birth control; or, who owns your body?», *The Humanist*, vol. 20, 1960, págs. 332-36.
165 Hirsch, B. D., «Informed consent to treatment», en Averbach,

A. y Belli, M. M., eds., *Tort and medical yearbook*, Indianapolis, Bobbs-Merrill, 1961, vol. 1, págs. 631-38.
166 Mill, J. S., *On liberty* ⁂ [1859], Chicago, Regnery, 1955, pág. 18.
167 Rosen, G., «Social attitudes to irrationality and madness in 17th and 18th century Europe», *J. Hist. Med. & Allied Sciences*, vol. 18, 1963, págs. 220-40, esp. pág. 223.
168 Packard, E. W. P., *Modern persecution, or insane asylums unveiled*, Hartford, Case, Lockwood, and Brainard, 2 vols., 1873.
169 Illinois Statute Book, Session Laws 15, Section 10, 1851. Citado en Packard, E. P. W., *The prisoner's hidden life*, Chicago, edición del autor, 1868, pág. 37.
170 Mill, J. S., *The subjection of women* [1869], Londres, Dent, 1965.
171 Véase, por ejemplo, Chejov, A. P., *Ward nº 6* ⁂ [1892], en *Seven short novels by Chekhov*, Nueva York, Bantam Books, 1963, págs. 106-57; Assis, M. de, *The psychiatrist* ⁂ [1881-82], en Assis, M. de, *The psychiatrist and other stories*, Berkeley y Los Angeles, University of California Press, 1963, págs. 1-45; London, J., *The iron heel* ⁂ [1907], Nueva York, Sagamore Press, 1957; Porter, K. A., *Noon wine* [1937], en Porter, K. A., *Pale horse, pale rider: three short novels*, ⁂ Nueva York, Signet, 1965, págs. 62-112; Kesey, K., *One flew over the cuckoo's nest*, Nueva York, Viking, 1962; Tarsis, V., *Ward 7: an autobiographical novel*, ⁂ Londres, Collins and Harvill, 1965.
172 Véase Szasz, T. S., «Alcoholism: a socio-ethical perspective», *Western Medicine*, vol. 7, 1966, págs. 15-21.
173 Rogow, A. A., *James Forrestal: a study of personality, politics, and policy*, Nueva York, Macmillan, 1964; para una crítica detallada de este punto de vista, véase el capítulo 12 de este libro.
174 Szasz, T. S., *Psychiatric justice*, Nueva York, Macmillan, 1965.
175 «The unconscious of a conservative: a special issue on the mind of Barry Goldwater», *Fact*, septiembre-octubre de 1964.
176 Zeligs, M. A., *Friendship and fratricide: an analysis of Whittaker Chambers and Alger hiss*, Nueva York, Viking, 1967.
177 Freud, S. y Bullitt, W. C., *Thomas Woodrow Wilson: a psychological study*, ⁂ Boston, Houghton Mifflin, 1967.
178 Citado en Schweitzer, A., *The psychiatric study of Jesus* [1913], Boston, Beacon Press, 1956, págs. 37 y 40-41.
179 Arendt, H., *Eichmann in Jerusalem: a report on the banality of evil*, ⁂ Nueva York, Viking, 1963, pág. 22.
180 *Ibid.*, págs. 22-23.
181 Para una enunciación y documentación cabales de esta tesis, véase Szasz, T. S., *The manufacture of madness: a comparative study of the Inquisition and the mental health movement*, ⁂ Nueva York, Harper & Row, 1970.
182 Hayek, F. A., *The constitution of liberty*, Chicago, University of Chicago Press, 1960, págs. 162-92.
183 Mabbott, J. D., «Punishment» [1939], en Olafson, F. A., ed., *Justice and social policy: a collection of essays*, Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1961, págs. 39-54.
184 Documentos al respecto se hallarán en Szasz, T. S., *Law, liberty, and psychiatry: an inquiry into the social uses of mental health practice*, Nueva York, Macmillan, 1963; *Psychiatric justice*, Nueva York, Macmillan, 1965.

185 Para un examen detallado de las similitudes entre la Inquisición y la psiquiatría institucional, véase Szasz, T. S., *The manufacture of madness...*, *op. cit.*, esp. el prefacio y caps. 1-9.
186 Davis, *op. cit.*, *passim*.
187 *Ibid.*, pág. 70.
188 Stock, R. W., «The XYY and the criminal», *The New York Times Magazine*, 20 de octubre de 1968, págs. 30-31 y 90-104; Kallman, F. J., «The genetics of mental illness», en Arieti, S., ed., *American handbook of psychiatry*, Nueva York, Basic Books, 1959, vol. 1, págs. 175-96.
189 Caplan, G., *Principles of preventive psychiatry*,⁂ Nueva York, Basic Books, 1964.
190 Véase, por ejemplo, Srole, L., Langer, T. S., Mitchell, S. T., Opler, M. K. y Rennie, T. A. C., *Mental health in the metropolis: the Midtown Manhattan study*, Nueva York, McGraw-Hill, 1962.
191 Noyes, A. P. y Kolb, L. C., *Modern clinical psychiatry*,⁂ Filadelfia, Saunders, 5ª ed., 1958.
192 Szasz, T. S., *The myth of mental illness...*, *op. cit.*
193 Dumond, D. L., *Antislavery: the crusade for freedom*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 1961, pág. 4.
194 Henderson, D. y Gillespie, R. D., *A textbook of psychiatry*, Londres, Oxford University Press, 7ª ed., 1950, pág. 684.
195 Hollingshead, A. B. y Redlich, F. C., *Social class and mental illness*, Nueva York, Wiley, 1958.
196 Véase, por ejemplo, Rogow, *op. cit.*
197 *Ibid.*, págs. xxi, 44 y 344-47.
198 Elkins, S. M., *Slavery: a problem in American institutional and intellectual life* [1959], Nueva York, Universal Library, 1963, pág. 10.
199 Véase, por ejemplo, Linn, L., *A handbook of hospital psychiatry*, Nueva York, International Universities Press, 1955, págs. 420-22; declaración de Braceland, F. J., en *Constitutional rights of the mentally ill*, Washington, U. S. Government Printing Office, 1961, págs. 63-74; Rankin, R. S. y Dallmayr, W. B., «Rights of patients in mental hospitals», en *Constitutional rigths of the mentally ill*, *op. cit.*, págs. 329-70.
200 Davis, *op. cit.*, pág. 69.
201 Braceland, *op. cit.*, pág. 71.
202 Solomon, P., «The burden of responsibility in suicide», *JAMA*, vol. 199, 1967, págs. 321-24.
203 Halleck, S. L., *Psychiatry and the dilemmas of crime*, Nueva York, Harper & Row, 1967, pág. 230.
204 Tarsis, V., *Ward 7: an autobiographical novel*,⁂ Londres y Glasgow, Collins and Harvill, 1965, pág. 62.
205 Elkins, *op. cit.*, pág. 190.
206 Davis, *op. cit.*, pág. 186.
207 *Ibid.*, pág. 190.
208 Declaración de Ewalt, J., en *Constitutional rights of the mentally ill*, *op. cit.*, págs. 74-89, esp. pág. 75.
209 Braceland, *op. cit.*, pág. 64.
210 Elkins, *op. cit.*, pág. 216.
211 *Ibid.*

212 Declaración de Guttmacher, M., en *Constitutional rights of the mentally ill, op. cit.*, págs. 143-60, esp. pág. 156.
213 Elkins, *op. cit.*, pág. 222.
214 Tocqueville, A. de, *Democracy in America* ⁂ [1835-40], Nueva York, Vintage Books, 1945, vol. 1, pág. 273.
215 Dumond, *op. cit.*, pág. 11.
216 *Ibid.*, pág. 211.
217 Goffman, E., *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates,* ⁂ Garden City, N.Y., Doubleday Anchor, 1961.
218 Citado en «Attorneys-psychiatry», *Smith, Kline & French Psychiatric Reporter*, julio-agosto de 1965, pág. 23.
219 Véase Wittgenstein, L., *Philosophical investigations*, Oxford, Blackwell, 1953; Hartnack, J., *Wittgenstein and modern philosophy,* ⁂ Garden City, Nueva York, Doubleday Anchor Inc., 1965.
220 Sobre el juego lingüístico del antisemitismo nazi, véase Arendt, *op. cit.*, esp. págs. 80, 96 y 141.
* En el siglo pasado, los *drivers* eran los cocheros o conductores de carruajes de caballos, y luego, por extensión, pasó a designarse con ese término a los capataces o jefes que tratan con excesivo rigor a sus subordinados. (*N. del T.*)
221 Dumond, *op. cit.*, pág. 251.
222 *Ibid.*, pág. 233.
223 Elkins, *op. cit.*, pág. 36.
224 *Ibid.*
225 Davis, *op. cit.*, pág. 121.
226 *Ibid.*, pág. 187.
227 *Ibid.*, págs. 107 y 115.
228 Véase, por ejemplo, Davidson, H. A., «The image of the psychiatrist», *Amer. J. Psychiatry*, vol. 121, 1964, págs. 329-33; Glaser, F. G., «The dichotomy game: a further consideration of the writings of Dr. Thomas Szasz», *Amer. J. Psychiatric*, vol. 121, 1965, págs. 1069-74.
229 Véase Menninger, W., *A psychiatrist for a troubled world*, Nueva York, Viking, 1967.
230 Véase Davis, *op. cit.*, pág. 193.
231 Véase el capítulo 13 de este libro.
* En la novela *1984*, de George Orwell, *Big Brother* («Gran Hermano») simbolizaba la omnipresencia del Gobierno y su poder. (*N. del T.*)

Capítulo 10

* Adaptación de «The psychiatrist: a policeman in the schools», *This Magazine is About Schools*, octubre de 1967, págs. 114-34.
232 Ortega y Gasset, J., *The revolt of the masses* [1930], Nueva York, Norton, 1957, pág. 120. [*La rebelión de las masas*, Madrid, Espasa-Calpe, Colección Austral, pág. 105.]
233 Véase, por ejemplo, Bisgyer, J. L., Kahn, C. L. y Frazee, V. F., «Special classes for emotionally disturbed children», *Amer. J. Orthopsychiatry*, vol. 34, 1964, págs. 696-704; Stogdill, C.

G., «Mental health in education», *Amer. J. Psychiatry*, vol. 121, 1965, págs. 694-98; Stringham, J. A., «Report on school psychiatry programs in five Central Schools», *New York State Journal of Medicine*, vol. 61, 1961, págs. 3271-84.
234 Szasz, T. S., *Law, liberty, and psychiatry: an inquiry into the social uses of mental health practices*, Nueva York, Macmillan, 1963.
235 Warshofsky, F., «When does a child need a psychiatrist?», *Parade*, 10 de enero de 1965, págs. 4-5, esp. pág. 4.
236 *Ibid.*, pág. 5.
237 Ribicoff, A., «The dangerous ones: help for children with twisted minds», *Harper's Magazine*, febrero de 1965, págs. 88-90, esp. pág. 90.
238 *Ibid.*, pág. 89.
239 *Ibid.*
240 *Ibid.*, pág. 90.
* La famosa ley que prohibía la venta de bebidas alcohólicas, propuesta por Andrew J. Volstead y aprobada en 1919. (*N. del T.*)
241 Jaffee, N., «Counseling fails in delinquency test», *The New York Times*, 20 de febrero de 1965, pág. 1.
242 Terte, R. H., «Teacher charges misuse of pupils», *The New York Times*, 5 de mayo de 1964, pág. 37.
243 Radin, S. S., «Mental health problems in school children», *The Journal of School Health*, vol. 32, 1962, págs. 390-97, esp. pág. 392.
244 *Ibid.*, pág. 393.
245 *Ibid.*
246 *Ibid.*, pág. 395.
247 Caplan, G., *Principles of preventive psychiatry*,** Nueva York. Basic Books, 1964, pág. 63.
248 *Ibid.*, pág. 79.
249 Berlin, I., *Two concepts of liberty*, Oxford, Oxford University Press, 1958, pág. 3.
250 Farnsworth, D., «Concepts of educational psychiatry», *JAMA*, vol. 181, 1962, págs. 815-21, esp. pág. 818.
251 *Ibid.*, pág. 816.
252 *Ibid.*
253 *Ibid.*
254 *Ibid.*, pág. 818.
255 Blaine, G. B., h., «Divided loyalties: the college therapist's responsibility to the student, the university, and the parents», *Amer. J. Orthopsychiatry*, vol. 34, 1964, págs. 481-85, esp. pág. 481.
256 *Ibid.*
257 *Ibid.*, pág. 482.
258 *Ibid.*
* En muchas universidades norteamericanas hay alumnos residentes, que ocupan casas situadas dentro del predio de la universidad. (*N. del T.*)
259 *Ibid.*, págs. 483-84.
260 *Ibid.*, pág. 484.
261 *Ibid.*

262 *Ibid.*, pág. 485.
263 *Ibid.*
264 *Salgo* v. *Leland Stanford Board of Trustees*, 154 Cal. App. 2d 560, 578, 317 P. 2d 170 (Dist. Ct. App., 1st Dist.), 1957.
265 Ortega y Gasset, *op. cit.*, pág. 60 [pág. 66 de la edición española citada].
266 Barzun, J., *The house of intellect*,* Nueva York, Harper & Row, 1959, pág. 95.
267 *Ibid.*, pág. 102.
268 *Ibid.*, pág. 103.
* Véase la nota del traductor al final del capítulo 9. (*N. del T.*)
269 Friedenberg, E. Z., *The vanishing adolescent* [1959], Nueva York, Dell, 1963, pág. 28.
270 *Ibid.*, pág. 37.
271 *Ibid.*
272 *Ibid.*, pág. 133.
273 *Ibid.*, pág. 134.

Capítulo 11

274 Morison, R. S., «Some illnesses of mental health. The Alan Gregg Lecture, 1964», *Journal of Medical Education*, vol. 39, 1964, págs. 985-99.
275 En el capítulo 13 se hallará un examen más detallado.
276 Al respecto, véase Erikson, E. H., «The problem of ego identity», *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 4, 1956, págs. 56-121.
277 Berry, G. P., «Valedictory comments about medical education», *Medical Tribune*, 11-12 de setiembre de 1965, pág. 6.
278 Véase, al respecto, Barzun, J., *The American university: how it runs, where it is going*, Nueva York, Harper & Row, 1968.
* Como se sabe, los cursos universitarios que llevan a la obtención del título de *bachelor* duran cuatro años; vienen luego los *graduate courses* o cursos de especialización, por lo general de dos años, para obtener el diploma de *master*, y, tras la presentación de una tesis, el de *philosophical doctor* (doctorado). (*N. del T.*)
279 Kennedy, J. F., *Message from the president of the United States relative to mental illness and mental retardation*, 5 de febrero de 1963; 88º período legislativo, 1ª sesión, Cámara de Representantes, documento nº 58; reimp. en *Amer. J. Psychiatry*, vol. 120, 1964, págs. 729-37, esp. pág. 730.
280 *Ibid.*
281 Citado en Kraepelin, E., *One hundred years of psychiatry* [1917], Nueva York, Philosophical Library, 1962, pág. 152.
282 Bellak, L, «Epilogue», en Bellak, L., ed., *Handbook of community psychiatry and community mental health*, Nueva York, Grune & Stratton, 1964, págs. 458-60.
283 Kraepelin, *op. cit.*, pág. 153.
284 Pines, M., «The coming upheaval in psychiatry», *Harper's Magazine*, 1965, págs. 54-60, esp. pág. 54.

285 *Ibid.*, pág. 56.
286 *Ibid.*
287 Véase Szasz, T. S., *Law, liberty, and psychiatry: an inquiry into the social uses of mental health practices*, Nueva York, Macmillan, 1963.
288 Véase, por ejemplo, Dunham, H. W., «Community psychiatry: the newest therapeutic bandwagon», *AMA Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 12, 1965, págs. 303-13.
289 Citado en «Challenge facing state mental hospitals in community programs», *Roche Report*, vol. 2, 1º de setiembre de 1965, pág. 1.
290 Duhl, L., «Problems in training psychiatric residents in community psychiatry», trabajo leído en el Instituto de Capacitación en Psiquiatría Comunitaria de la Universidad de California, 1963 (mimeogr.).
* Es decir, a la obtención del título de *bachelor*; véase la nota anterior del traductor. (*N. del T.*)
291 Véase, al respecto, Barzun, J., *op. cit.*, y Ridgeway, J., *The closed corporation: American universities in crisis*, Nueva York, Random House, 1968.
292 Véase Freyhan, A., «On the psychopathology of psychiatric education», *Comprehensive Psychiatry*, vol. 6, 1965, págs. 221-26; Romano, J., «Psychiatry, the university, and the community», *AMA Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 13, 1965, págs. 395-401.
293 Véase, sobre esto, Szasz, T. S., *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*,⁂ Nueva York, Hoeber-Harper, 1961, y el capítulo 2 de esta obra.
294 «The critical issues in MD education», *Medical Tribune*, 23-24 de octubre de 1965, pág. 14.
295 O'Neil, M. J., «Capital rounds», *Medical World News*, 22 de octubre de 1965, pág. 93.
296 Ebert, R. H., «Faculties have not taken responsibility», *Medical World News*, 22 de octubre de 1965, pág. 53.
297 *Ibid.*
298 Vivas, E., *The moral life and the ethical life*, Chicago, Regnery-Gateway, 1963, pág. 40.
299 Wilcox, A. W., «Patterns of social legislation: reflections on the welfare state», *J. Public Law*, vol. 6, 1957, págs. 3-24.
300 Newman, J. R., «Big science, bad science», *The New York Review of Books*, 5 de agosto de 1965, págs. 10-12, esp. pág. 11.
01 *Ibid.*, pág. 12.
02 Véase, sobre este tema, los capítulos 3 y 13 de este libro.
03 Lasch, C., «Democratic vistas», *The New York Review of Books*, 30 de setiembre de 1965, págs. 4-6, esp. pág. 6.

Capítulo 12

* Adaptación de «The psychiatric classification of behavior: a strategy of personal constraint», en Leonard D. Eron, ed., *The classification of behavior disorders*, Chicago, Aldine Publishing Co., 1966, págs. 123-70.

304 Potter, V. R., «Society and science», *Science*, vol. 146, 1964, págs. 1018-22, esp. pág. 1022.
305 Freud, S., «Charcot»,⁂ [1893], en *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Londres, Hogarth Press, 1962, vol. III, págs. 7-23, esp. pág. 13.
306 Kolle, K., *An introduction to psychiatry*, ⁂ Nueva York, Philosophical Library, 1963, pág. 2.
307 *Ibid*., pág. 3.
308 Citado en Menninger, K., *The vital balance: the life process in mental health and illness*, Nueva York, Viking, 1963, pág. 462.
309 *Ibid*., pág. 463.
310 Véase Szasz, T. S., *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*,⁂ Nueva York, Hoeber-Harper, 1961.
311 Kolle, *op. cit*., pág. 7.
312 *Ibid*.
313 Véase, al respecto, Matson, F. W., *The broken image: man, science, and society*, Nueva York, Braziller, 1964.
314 Sartre, J.-P., *The words*,⁂ Nueva York, Braziller, pág. 142.
315 *Ibid*., pág. 182.
316 Véase Szasz, T. S., *The ethics of psychoanalysis: the theory and method of autonomous psychotherapy*,⁂ Nueva York, Basic Books, 1965.
317 Sartre, J.-P., *Existential psychoanalysis* [1953], Chicago, Regnery-Gateway, 1964, pág. 193.
318 Rogow, A. A., *James Forrestal: a study of personality, politics, and policy*, Nueva York, Macmillan, 1964.
319 Véase, por ejemplo, Goffman, E., «The moral career of the mental patient», en Goffman, E., *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*,⁂ Garden City, N.Y., Doubleday Anchor, 1961, págs. 125-70.
320 «The unconscious of a conservative: a special issue on the mind of Barry Goldwater», *Fact*, setiembre-octubre de 1964.
* Lyndon Johnson, su contendiente en esas elecciones presidenciales. (*N. del T.*)
321 Szasz, T. S., *Law, liberty, and psychiatry: an inquiry into the social uses of mental health practices*, Nueva York, Macmillan, 1963.
322 Citado en *Time*, 20 de noviembre de 1964, pág. 76.
323 Kolle, *op. cit*., págs. 2-3.
324 Emerson, R. W., «Apothegms» [1839], en Lindemann, E. C., ed., *Basic selections from Emerson: essays, poems, apothegms*,⁂ Nueva York, Mentor Books, 1960, pág. 173.
325 Sartre, *Existential psychoanalysis*, *op. cit*., pág. 164.
326 *Ibid*., pág. 183.
327 Citado en «Existentialism», *Life*, 6 de noviembre de 1964, pág. 88.
328 *Ibid*.
329 Walsh, J., «Sartre, J.-P.: French philosopher is model of literary intellectual by two cultures definition», *Science*, vol. 146, 1964, págs. 900-02, esp. pág. 901.

330 *Ibid.*
* *Nigger* se utiliza en sentido despectivo en lugar de *negro.* (*N. del T.*)

Capítulo 13

* Adaptación del artículo del mismo título aparecido en *Social Research,* vol. 33, 1966, págs. 439-62.
331 Beers, C. W., *The mind that found itself: an autobiography* [1908], Garden City, N.Y., Doubleday, 1956, pág. 218.
332 Ridenour, N., *Mental health in the United States: a fifty-year history,* Cambridge, Harvard University Press, 1961, pág. 1.
333 *Ibid.,* pág. 18.
334 Hayek, F. A., *The counter-revolution of science: studies on the abuse of reason* [1955], Nueva York, Free Press of Glencoe, 1964.
335 Ridenour, *op. cit.,* pág. 39.
336 Menninger, K. A., *The human mind,* Nueva York, The Literary Guild of America, 1930, pág. 428.
337 Lasswell, H. D., «What psychiatrists and political scientists can learn from one another», *Psychiatry,* vol. 1, 1938, págs. 33-39, esp. pág. 34.
338 Véase el capítulo 3 de esta obra.
339 Davis, K., «Mental hygiene and the class structure», *Psychiatry,* vol. 1, 1938, págs. 55-65, esp. pág. 55.
340 *Ibid.,* págs. 60-61.
341 *Ibid.,* págs. 64-65.
342 Hayek, *op. cit.,* pág. 182.
343 *Ibid.,* pág. 183.
344 Oberndorf, C. P., *A history of psychoanalysis in America,* Nueva York, Grune & Stratton, 1953.
345 Véase Szasz, T. S., *The ethics of psychoanalysis: the theory and method of autonomous psychotherapy,*⁂ Nueva York, Basic Books, 1965.
346 «Report of the Ad Hoc Committee on a Proposal of Special Membership», *Journal of the American Psychoanalytic Association,* vol. 12, 1964, págs. 856-57.
347 Hayek, *op. cit.,* pág. 108.
348 *Ibid.,* pág. 120.
349 *Ibid.*
350 Hayek, F. A., *The road to serfdom* ⁂ [1944], Chicago, Phoenix Books, 1957; Mises, L. von, *Human action: a treatise on economics,* New Haven, Yale University Press, 1949; Popper, K. R., *The open society and its enemies* ⁂ [1945], Princeton, Princeton University Press, 1950.
351 Matson, F., *The broken image: man, science, and society,* Nueva York, Braziller, 1964, pág. 52.
352 *Ibid.,* pág. 115.
353 Freud, S., «Letter to Pfister, november 25, 1928»,⁂ en Meng, H. y Freud, E. L., eds., *Psychoanalysis and faith: the letters*

of Sigmund Freud and Oskar Pfister, Nueva York, Basic Books, 1963, pág. 126.

354 Véase Szasz, T. S., «The moral dilemma of psychiatry», *Amer. J. Psychiatry*, vol. 121, 1964, págs. 521-28.

355 Véase Szasz, T. S., *Psychiatry justice*, Nueva York, Macmillan, 1965, esp. el cap. 3.

356 En el capítulo 12.

Bibliografía en castellano

[Los títulos que aquí figuran son los que han podido verificarse con las fuentes de consulta bibliográfica disponibles.]

Arendt, H., *Eichmann en Jerusalén*, Barcelona, Lumen.

Assis, M. de, *El alienista*, Barcelona, Tusquets editor.

Barzun, J., *La casa del intelecto*, Santiago de Chile, Pacífico.

Bell, D., *El fin de las ideologías*, Madrid, Tecnos.

Butler, S., *Erewhon*, Madrid, Espasa-Calpe.

Caplan, G., *Principios de psiquiatría preventiva*, Buenos Aires, Paidós.

Chejov, A. P., *La sala número 6 y otros ensayos*, Madrid, Aguilar.

Davis, D. B., *El problema de la esclavitud en la cultura occidental*, Buenos Aires, Paidós.

Emerson, R. W., *Ensayos*, Buenos Aires, Editorial Estrada.

Freud, S., *Charcot*, en *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 3 vols., 1968, vol. I, págs. 17-24.
Un recuerdo infantil de Leonardo de Vinci, en *Obras completas*, *op. cit.*, vol. II, págs. 457-94.

Freud, S. y Bullitt, W. C., *El presidente Thomas Woodrow Wilson. Un estudio psicológico*, Buenos Aires, Letra Viva.

Freud, S. y Pfister, O., *Correspondencia*, México, Fondo de Cultura Económica.

Fromm, E., *El miedo a la libertad*, Buenos Aires, Paidós.

Goffman, E., *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu editores.

Hartnack, J., *Wittgenstein y la filosofía contemporánea*, Barcelona, Ariel.

Hayek, F. A., *Camino de servidumbre*, Madrid, Revista de Derecho Privado.

Jones, E., *Vida y obra de Sigmund Freud*, Buenos Aires, Nova, 3 vols.

Kolle, K., *Introducción a la psiquiatría*, Madrid, Alhambra.

Langer, S. K., *Nueva clave de filosofía*, Buenos Aires, Sur.

London, J., *El talón de hierro*, Buenos Aires, Siglo XX.

Mill, J. S., *Sobre la libertad*, Madrid, Aguilar.

Noyes, A. P. y Kolb, L. C., *Psiquiatría clínica moderna*, México, La Prensa Médica.

Parkinson, C. N., *La ley de Parkinson*, Barcelona, Ariel.

Popper, K. R., *La sociedad abierta y sus enemigos*, Buenos Aires, Paidós.

Porter, K. A., *Pálido caballo, pálido jinete*, Buenos Aires, Sur.

Sartre, J.-P., *Obras completas*, Madrid, Aguilar; Buenos Aires, Losada.

Szasz, T. S., *El mito de la enfermedad mental*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
La ética del psicoanálisis. Teoría y método de la psicoterapia autónoma, Madrid, Gredos.
La fabricación de la locura, Barcelona, Kairós.

Tarsis, V., *Sala 7*, Barcelona, Aymá.

Tocqueville, A. de, *La democracia en América*, Madrid, Aguilar.

Traver, L., *Anatomía de un asesinato*, Barcelona, Plaza y Janés.

Wortis, J., *Mi análisis con Freud*, Buenos Aires, Librería Oscar Macchi.